

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TUBERCULOSE, FOYERS ET FAMILLES : LES SOINS À DOMICILE DES  
TUBERCULEUX À MONTRÉAL, 1900-1950.

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR  
MARIE-HÉLÈNE VANIER

DÉCEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord remercier ma directrice Magda Fahrni pour son appui et ses conseils judicieux tout au long de ma scolarité et de la rédaction de mon mémoire. Par sa disponibilité, son écoute, ses encouragements et le partage de ses connaissances, elle m'a permis d'évoluer et d'orienter mon parcours d'historienne.

L'idée à la base de ce mémoire est née d'un projet dans le cadre de mes études de baccalauréat à McGill. Je tiens à remercier Brian Young de m'avoir fait découvrir l'étude historique des institutions antituberculeuses et de m'avoir transmis la passion de l'histoire. Merci aussi à Mary Anne Poutanen pour sa générosité et ses précieux conseils me laissant toujours motivée et pleine d'idées.

Ce mémoire m'a amenée à rencontrer plusieurs archivistes qui m'ont guidée à travers leurs fonds et leurs collections. Je tiens à remercier Janice Rosen et Hélène Vallée des archives du Congrès juif canadien, Karine Raynor aux archives du Centre universitaire de santé McGill, Marie-Claude Béland et les Sœurs de la Providence aux Archives Providence, Alain Beauchamp des archives de la Commission scolaire de Montréal ainsi que Marla Stoven de NOVA Montréal. Leur générosité dans leurs recommandations, leur accueil et leur disponibilité ont fait évoluer mes recherches et les ont rendues plus agréables et moins solitaires.

Merci à ma famille et mes parents pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements continuels. Je suis vraiment privilégiée et j'en suis très consciente. Un merci particulier à mon père pour la relecture du mémoire.

En terminant, merci à Louis pour sa présence, sa patience, son soutien moral et son aide précieuse tout au long de ma rédaction.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES IMAGES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
RÉSUMÉ .....	viii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
HISTORIOGRAPHIE, PROBLÉMATIQUE, SOURCES ET MÉTHODES .....	5
1.1 Bilan historiographique .....	5
1.1.1 Historiographie de la tuberculose .....	5
1.1.2 Historiographie de la santé publique .....	16
1.1.3 Historiographie des femmes dans le foyer .....	21
1.2 Problématique .....	29
1.3 Sources et méthodes .....	31
1.3.1 L'Institut Bruchési .....	31
1.3.2 Le Royal Edward Institute .....	32
1.3.3 Le dispensaire Herzl et l'Institut Baron de Hirsch .....	33
1.3.4 La Commission scolaire de Montréal .....	35
1.3.5 Autres documents d'archives .....	35
1.3.6 Méthode .....	36
1.4 Conclusion .....	37
CHAPITRE II	
RESSOURCES CONTRE LA TUBERCULOSE À MONTRÉAL .....	38
2.1 Début de la lutte antituberculeuse à Montréal .....	41
2.1.1 Mise sur pied de la Ligue Antituberculeuse de Montréal .....	43
2.1.2 Évolution des connaissances et du traitement de la tuberculose .....	47
2.2 Dispensaires antituberculeux montréalais et soins à domicile .....	54
2.2.1 Rôle du médecin, de l'inspecteur et de l'infirmière .....	54

2.2.2	Une bienveillance désintéressée?.....	59
2.3	Mise sur pied des dispensaires montréalais .....	60
2.3.1	<i>Royal Edward Institute</i> .....	61
2.3.2	Institut Bruchési .....	66
2.3.3	Dispensaire Herzl.....	71
2.4	Un hôpital pour les tuberculeux .....	79
2.5	Conclusion .....	82

### CHAPITRE III

	VIVRE LA TUBERCULOSE EN FAMILLE.....	84
3.1	Maladie, pauvreté, misère et famille ouvrière.....	87
3.1.1	Logement, famille et propagation de la tuberculose .....	88
3.1.2	Maladie, travail et finance.....	93
3.2	La lutte au foyer .....	100
3.2.1	L'éducation sanitaire des tuberculeux.....	101
3.2.2	Prescriptions versus réalité.....	107
3.3	Des femmes contre la tuberculose .....	113
3.3.1	L'infirmière à domicile .....	113
3.3.2	La travailleuse sociale .....	120
3.3.3	La mère de famille .....	123
3.4	Conclusion .....	127

### CHAPITRE IV

	CIBLER L'ENFANCE .....	129
4.1	Initiatives des dispensaires antituberculeux visant les enfants .....	131
4.1.1	Campagnes de propagande antituberculeuse .....	134
4.1.2	Autres mesures ciblant l'enfance .....	142
4.2	L'école comme outil de prévention .....	149
4.2.1	« Open Air School ».....	150
4.2.2	L'inspection médicale .....	154
4.2.3	Propagande antituberculeuse et d'hygiène.....	159
4.3	Conclusion .....	164

CONCLUSION.....	166
BIBLIOGRAPHIE .....	170

## LISTE DES IMAGES

Numéro		Page
4.1a	Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'adulte (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.19.)	138
4.1b	Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'adulte (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.23.)	139
4.2a	Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'enfant (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.17.)	140
4.2b	Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'enfant (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.17, 11, 21.)	141

## LISTE DES TABLEAUX

Numéro		Page
2.1	Sommaire des activités du Royal Edward Institute, 1909-1940	64
2.2	Sommaire des activités de l'Institut Bruchési, 1912-1922	69
2.3	Patients tuberculeux du Baron de Hirsch Institute et du dispensaire Herzl, 1908-1944	76
3.1	Nombre de visites effectuées par les infirmières-visiteuses de l'Institut Bruchési, 1911-1931	119



## RÉSUMÉ

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, la tuberculose est un fléau qui touche de nombreux Montréalais. Puisqu'ils vivent souvent dans un environnement malsain et propice à la propagation de la maladie, la situation est particulièrement sévère chez les citoyens les plus pauvres. Afin de répondre adéquatement à ce problème de santé publique, les médecins montréalais choisissent majoritairement le modèle du dispensaire antituberculeux pour lutter contre la maladie.

Cette étude dresse le portrait des soins à domicile des tuberculeux de la classe ouvrière à Montréal entre 1900 et 1950, et propose d'analyser le vécu des familles et le système de soins mis en place dans les communautés protestante, catholique et juive. Par l'analyse de nombreuses sources provenant principalement du *Royal Edward Institute*, de l'Institut Bruchési, de l'Institut Baron de Hirsch et du dispensaire Herzl, une étude comparative des groupes de Montréalais et des discours de leurs institutions a été réalisée dans le but de répondre à une série de questionnements : Comment les malades vivaient la maladie à domicile? Quelles étaient les méthodes préventives mises de l'avant par les médecins et les réformistes? Quelles étaient les actions ciblant spécifiquement l'enfance?

L'analyse du développement des dispensaires antituberculeux montréalais a fait ressortir que ce système de soins se distingue par l'ampleur des soins se faisant à domicile, quoique la communauté juive privilégie la cure sanatoriale. Nous avons constaté que la pauvreté et l'environnement hygiénique, cheval de bataille des réformistes, incitent les familles touchées par la tuberculose à aller chercher de l'assistance médicale gratuite dans les dispensaires. L'analyse des prescriptions faites aux tuberculeux, et plus particulièrement aux femmes, confirme que les conseils qui sont prodigués sont la plupart du temps inapplicables du point de vue des familles, faute de moyens. Nous avons également fait ressortir plusieurs mesures des dispensaires antituberculeux visant l'enfance, la plus importante étant l'école en plein air mise sur pied par le *Royal Edward Institute*. Nous notons de plus que les écoles de la Commission des écoles catholiques de Montréal se sont avérées être des protagonistes importants dans la prévention de la tuberculose chez les enfants.

À la lumière des analyses effectuées, nous notons l'existence d'une spécificité montréalaise dans le traitement de la tuberculose face au reste du Canada, idée qui va à l'encontre de l'historiographie la plus récente. De plus, l'analyse du discours des institutions antituberculeuses fait ressortir l'influence dominante de l'idéologie réformiste chez les acteurs de la lutte antituberculeuse montréalaise, ainsi que la présence d'une dimension compassionnelle importante.

Mots-clés : Histoire, XX<sup>e</sup> siècle, Québec, Montréal, Tuberculose, Santé, Soins à domicile.

## INTRODUCTION

Durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les maladies infectieuses et contagieuses fourmillent dans la ville de Montréal. Certains quartiers ouvriers, où les conditions sanitaires et hygiéniques sont déplorables, deviennent de véritables nids de contamination. La tuberculose est un de ces fléaux qui frappent les centres urbains du monde entier, tout comme les régions rurales. Même si le bacille de la tuberculose a été découvert en 1882, les moyens de diffusion de cette maladie contagieuse sont encore mal connus au début du XX<sup>e</sup> siècle. On croit d'abord que la tuberculose est héréditaire, puis on comprend qu'elle est contagieuse. De plus, un traitement adéquat n'est découvert qu'avec l'arrivée des antibiotiques à la fin des années 1940. Jusque là, plusieurs types de traitements sont élaborés au fil des ans, comme les traitements à la Tuberculine et au Pneumothorax artificiel. Cependant, le dépistage, la prévention et l'isolement représenteront les meilleurs moyens de lutter contre la maladie avant l'arrivée des médicaments antibiotiques.

Si la maladie, aussi connue comme la « peste blanche », touche durement les pauvres des villes un peu partout au Canada et ailleurs dans le monde, la situation est particulièrement critique à Montréal. La tuberculose n'épargne personne, mais les classes les plus défavorisées et démunies sont davantage sujettes à la contagion, étant donné leurs conditions de vie précaires. La tuberculose se transmet plus rapidement dans une ville où les déplacements sont fréquents et les quartiers ouvriers sont denses. Alors que la tuberculose afflige un nombre croissant d'individus, un système de dispensaire est mis sur pied à Montréal par les réformistes et les hygiénistes<sup>1</sup>. Ce système, adapté spécifiquement à la métropole québécoise,

---

<sup>1</sup> Les réformistes souhaitent une réforme sociale entreprise par la classe moyenne pour contrer les problèmes sociaux et hygiéniques causés par l'industrialisation et l'urbanisation. Les hygiénistes sont des intervenants (principalement des médecins) qui revendiquent l'instauration d'un système

est caractérisé par le fait qu'une grande partie des soins des tuberculeux se font à domicile. Ainsi, toute la famille doit vivre avec la présence quotidienne de la maladie, et ce, durant de longues périodes. De même, le dépistage, la prévention et l'isolement doivent souvent être vécus dans les foyers.

Ce mémoire de maîtrise propose d'aborder le phénomène de la tuberculose dans le contexte montréalais entre 1900 et 1950, et ce sous l'angle des familles et des soins à domicile. Nous avons choisi d'ancrer cette étude dans la période qui suit l'industrialisation dans le but de mettre la maladie en relation avec d'autres conséquences de la croissance rapide de la population et de la ville qui caractérisent l'industrialisation. La première moitié du XX<sup>e</sup> siècle est aussi une période où la santé publique se développe au Canada et à Montréal. Le mouvement réformiste vise d'ailleurs à contrer les impacts négatifs du nouvel environnement urbain, et il amène des changements importants pour la santé des Montréalais.

Notre mémoire vise à mettre en relief l'aspect distinctif de Montréal dans le contexte de la lutte antituberculeuse canadienne, ainsi que l'importance des soins à domicile dans le traitement de la maladie. Un autre objectif de ce mémoire est de combler le vide historiographique relatif à l'étude de la tuberculose sous l'angle des soins à domicile et du vécu familial.

Dans le cadre de ce mémoire, il s'agira donc d'étudier la façon dont les familles faisaient face à la tuberculose dans leur foyer dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. En faisant l'analyse qualitative de nombreuses sources provenant des communautés protestante, catholique et juive, nous tenterons de mettre en lumière l'impact de la maladie sur l'économie familiale et le travail, et de recenser les méthodes de prévention disponibles ainsi que les façons dont les familles s'organisent pour isoler les malades. À travers le mémoire, il sera

---

d'hygiène publique dans le but, entre autre, d'abaisser la mortalité par maladies contagieuses en améliorant le milieu urbain. Voir : Claudine Pierre-Deschênes, *La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1980, p.8-13; François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p.32-33.

aussi question d'établir des comparaisons entre les différents groupes à l'étude en ce qui a trait au vécu de la maladie et aux méthodes utilisées pour la soigner. De plus, nous nous attarderons plus particulièrement au rôle des femmes dans les soins à domicile à travers l'examen du travail de la mère, de l'infirmière et de la travailleuse sociale. Finalement, nous analyserons l'organisation de mesures de prévention ciblant l'enfance.

Dans le premier chapitre de notre mémoire, nous ferons d'abord un bref survol de l'historiographie relative à la tuberculose, à la santé publique et à l'implication des femmes dans le foyer. Nous formulerons ensuite notre problématique, nos questions de recherche et nos hypothèses. Avant d'expliquer notre méthodologie, nous présentons le corpus des sources qui ont été analysées et sur lesquelles ce mémoire est étayé. Ce chapitre permettra de positionner notre démarche par rapport aux études historiques auxquelles elle se rattache, de façon à en souligner la pertinence par rapport à l'historiographie existante.

Le deuxième chapitre visera à mettre en scène les instigateurs de la lutte antituberculeuse, alors que nous analyserons les débuts de cette lutte. D'une part, il sera question de l'évolution de la campagne antituberculeuse canadienne, dans le but de mettre en relief les particularités du contexte montréalais. D'autre part, nous démontrerons comment la situation spécifique de la métropole québécoise a mené au développement du système de dispensaire antituberculeux, caractérisé par l'importance des soins à domicile. Finalement, il sera question d'analyser l'essor des institutions antituberculeuses protestantes, catholiques et juives.

Le troisième chapitre abordera le vécu des familles ouvrières montréalaises aux prises avec la tuberculose. Nous analyserons le lien entre la maladie et le logement, mais aussi entre la maladie et le travail. Par la suite, nous démontrerons que l'éducation était au centre des soins à domicile des tuberculeux. Nous observerons ensuite les prescriptions faites aux malades. Nous terminerons ce chapitre en analysant le rôle spécifique des femmes (mères de famille, infirmières et travailleuses sociales) dans les soins à domicile.

Dans le quatrième chapitre, nous nous concentrerons sur les actions des dispensaires antituberculeux ciblant l'enfance, ainsi que sur le rôle préventif de l'école primaire. En premier lieu, nous aborderons les mesures spécifiques mises sur pied par les dispensaires, telles que les campagnes d'éducation et les cliniques pour l'enfance. En deuxième lieu, nous nous pencherons sur l'école comme lieu de prévention. Ainsi, l'école en plein air, l'inspection médicale, les cours d'hygiène et les séances de propagande seront analysés.

## CHAPITRE I

### HISTORIOGRAPHIE, PROBLÉMATIQUE, SOURCES ET MÉTHODES

#### 1.1 Bilan historiographique

Avant d'expliquer notre problématique, de formuler les hypothèses de travail et de traiter de la méthodologie et des sources utilisées, il convient de situer notre démarche par rapport à l'historiographie existante. La démarche proposée dans le cadre de ce mémoire se rattache à trois champs historiographiques en particulier. Évidemment, notre étude contribue d'abord à l'historiographie de la tuberculose, car elle traite directement de cette maladie. Ensuite, elle participe à l'histoire de la santé publique dans la mesure où elle aborde les soins à domicile et l'éducation sanitaire en lien avec l'un des principaux problèmes de santé publique à Montréal au début du XX<sup>e</sup> siècle, la tuberculose. Le dernier champ historiographique auquel ce mémoire se rattache est celui de l'histoire de l'implication des femmes dans le foyer. Une revue des principaux ouvrages appartenant à ces trois champs historiographiques permettra de mettre en contexte notre étude et la pertinence de la problématique proposée.

##### 1.1.1 Historiographie de la tuberculose

Au départ, les historiens se sont intéressés à la maladie en abordant le rôle des réformistes, ces partisans d'un mouvement de réforme sociale menée par la classe moyenne voulant atténuer les effets de la pauvreté et des problèmes d'hygiène causés par

l'industrialisation et l'urbanisation dans un contexte de Révolution industrielle. Certains historiens ont étudié le rôle des hygiénistes dans la lutte antituberculeuse montréalaise. Puis, plusieurs monographies ont eu pour sujet la tuberculose elle-même, que ce soit dans le contexte canadien, américain ou encore québécois. Des études plus récentes ont traité de la lutte antituberculeuse en mettant en lumière des aspects spécifiques, comme le rôle actif des enfants ou les prescriptions antituberculeuses faites aux pauvres. Il s'agit d'un sujet qui a particulièrement intéressé les historiens depuis les trois dernières décennies.

En 1980, Claudine Pierre-Deschênes a été une des premières historiennes au Québec à étudier la tuberculose. En analysant la Commission royale de la tuberculose de 1910, une commission d'enquête provinciale, elle a démontré comment les réformistes se sont servis de la cause hygiénique pour faire avancer la profession médicale. Cette « réponse réformiste »<sup>1</sup> aurait permis de développer une théorie sanitaire bien structurée, mais ce en conservant le système existant et en renforçant les inégalités sociales. Les réformistes suggéraient que la lutte antituberculeuse soit coordonnée par le Conseil d'Hygiène du Québec et incitaient l'État à investir dans la santé publique. Leurs recommandations pour l'amélioration sanitaire allaient de la planification de l'espace urbain à l'éducation populaire, en passant par des lois sur le travail des enfants et sur les conditions de travail en général. Les solutions au problème de la tuberculose proposées par les réformateurs hygiénistes auraient donc eu une dimension humanitaire, mais leur but était principalement économique. On allait améliorer la santé de la classe ouvrière et ce faisant, on pourrait sauvegarder le potentiel productif de la population et ainsi préserver le système capitaliste. De plus, on allait développer une élite médicale canadienne-française. Si l'auteur met l'accent sur les réformistes, elle s'attarde aussi au rôle prédominant des femmes dans la lutte antituberculeuse en tant que responsables de la santé de la famille comme ménagère, aspect que nous tenterons d'approfondir dans notre mémoire. Pierre-Deschêne est précurseur d'un courant qui s'intéresse à la tuberculose et au

---

<sup>1</sup> Claudine Pierre-Deschênes, *La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1980, 220p.

développement de la lutte contre la maladie. Elle est aussi une des premières à mettre en perspective l'attitude négative des élites à l'égard des pauvres dans la littérature sur la tuberculose.

Depuis le milieu des années 1990, quelques historiennes ont rédigé des monographies sur la tuberculose. Elles ont traité des changements dans la perception et la conception de la maladie, de l'évolution des technologies pour diagnostiquer et traiter la tuberculose, ainsi que des changements sociaux qui ont joué un rôle important dans la diminution de la prévalence de la maladie. Leur approche a pour objectif de présenter l'expérience vécue de la tuberculose et ses représentations. Chaque ouvrage se distingue en adoptant une perspective parfois plus sociale, plus politique ou encore plus globale.

Dans son livre *The Weariness, the Fever and the Fret*<sup>2</sup>, Katherine McCuaig traite de la lutte antituberculeuse au Canada. Elle étudie les différences et les spécificités régionales ainsi que les évolutions idéologique, technologique, politique et scientifique par période. Ce livre fait un excellent examen de la campagne antituberculeuse canadienne entre 1900 et 1950. Dans cet ouvrage général, McCuaig s'attarde au rôle des femmes impliquées dans les organisations antituberculeuses au sein d'associations philanthropiques pour les anglophones protestantes, et chez les religieuses pour les francophones catholiques du Québec. Il est aussi question de l'importance de l'enfant et de la prévention auprès de cette population. Soulignons que ces aspects de la lutte contre la tuberculose sont particulièrement d'intérêt pour nos recherches. Les changements dans la perception et la conception de la tuberculose, passant d'une maladie sociale avec un aspect médical à une maladie médicale avec un aspect social, sont aussi analysés par l'historienne qui, par ailleurs, est aussi médecin. Elle affirme que le changement du rôle des bénévoles et l'implication grandissante de l'État sont des facteurs qui contribuent à différencier le Québec du reste du Canada et à en faire un

---

<sup>2</sup> Katherine McCuaig, *The Weariness, the Fever, and the Fret: The Campaign against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999, 384p.



« retardataire<sup>3</sup> ». Cette dernière affirmation sera remise en question par plusieurs historiens, et sera discutée plus loin dans ce mémoire.

De son côté, Georgina D. Feldberg s'intéresse à la tuberculose aux États-Unis au XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle. Elle présente l'impact que la maladie a eu sur la société américaine en s'intéressant plus particulièrement au rôle des politiques étatiques pour répondre au problème de la tuberculose<sup>4</sup>. Elle démontre que les médecins américains définissaient la maladie comme un problème à la fois médical et social. Elle affirme ainsi que le refus de la vaccination au BCG par les Américains était justifié par le choix d'une approche de prévention sociale, visant l'amélioration des conditions de vie et de santé générale plutôt qu'une approche médicale. L'incapacité de l'État et des institutions à appuyer matériellement la rhétorique de réforme sociale aurait selon Feldberg limité les succès de la lutte antituberculeuse aux États-Unis. Les expériences et les politiques américaines sont comparées à celles du Canada, pour en démontrer la spécificité. Feldberg affirme que l'approche sociale de la maladie comprenait une dimension de préservation de la classe moyenne, puisqu'elle prônait des comportements pour combattre la tuberculose qui ne pouvaient être respectés par les classes sociales inférieures, faute de moyens et d'opportunités. La classe moyenne se définissait alors par un standard de comportement et une obéissance à l'autorité morale et sociale. Si les tuberculeux ne sont pas principalement les protestants blancs de classe moyenne, ces derniers sont mis en danger par les pauvres malades et leurs comportements. Cette interprétation s'inscrit dans la même perspective que celle développée par Claudine Pierre-Deschênes, qui analysait la lutte antituberculeuse québécoise dans un contexte de renforcement des inégalités sociales et de préservation du

---

<sup>3</sup> Le terme « retardataire » signifie ici que le système de soins pour les tuberculeux se développe moins rapidement et différemment par rapport au reste du Canada. Ce retard s'explique entre autre par le manque d'implication de l'État québécois au niveau des soins de santé.

<sup>4</sup> Georgina D. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 1995, 274p.

système<sup>5</sup>. Il est important de souligner que la thèse de Feldberg fait fi des conflits internes au sein de la profession médicale.

Louise Côté approfondit un peu plus cette perspective lorsqu'elle analyse les représentations populaires et scientifiques de la tuberculose au Québec<sup>6</sup>. Dans son ouvrage, elle étudie les sanatoriums afin de mettre en lumière les conséquences des représentations sur la conception des traitements entre 1900 et 1950. C'est dans cette optique qu'elle présente le tuberculeux comme une victime de sa situation sociale au début du XX<sup>e</sup> siècle et un malade dangereux pour la société vers 1950. Notons que dans cet ouvrage, il est seulement question d'hommes blancs, francophones et catholiques de milieu aisé de Québec. De plus, il est surtout question de la maladie vécue au sanatorium. En offrant une vision alternative de la situation, notre mémoire abordera le vécu de la population exclue de cette étude, soit les femmes, les enfants et les familles pauvres de Montréal en faisant l'étude du système des dispensaires et non des sanatoriums.

Annmarie Adams et Peter Gossage ont eux aussi étudié les femmes et les enfants, mais dans le contexte d'une famille bourgeoise montréalaise au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. Ils ont analysé comment la maladie d'un enfant se vivait à la maison en prenant l'exemple d'une famille bourgeoise dont le fils avait la tuberculose<sup>7</sup>. Leur étude traite beaucoup de l'aspect architectural de la maison familiale, à proximité de celle des grands-parents, en lien avec la maladie et la communication entre les membres de la famille. Ils ont montré comment la

---

<sup>5</sup> Pierre-Deschênes, *op. cit.*, p.8.

<sup>6</sup> Louise Côté, *En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Intercultures», 2000, 318p.

<sup>7</sup> Annmarie Adams et Peter Gossage, « Sick Children and the Thresholds of Domesticity: The Dawson-Harrington Families at Home », dans *Designing Modern Childhoods: History, Space, and the Material Culture of Children*, sous la direction de Marta Gutman et Ning de Coninck-Smith, Nouveau-Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2008, p.61-81.

mère, même si elle voyageait souvent avec son fils malade aux États-Unis pour qu'il soit soigné au grand air, s'assurait que la maison soit tenue selon les règles pour prévenir la maladie. Ils affirment que la mère cherchait à s'éduquer sur les soins adéquats à la tuberculose. Les auteurs démontrent aussi comment la famille élargie s'occupait de la santé des enfants. Cette étude permet donc d'avoir un accès privilégié au quotidien d'une famille vivant avec un tuberculeux. Nous devons cependant noter qu'étant donné qu'il s'agit d'une famille bourgeoise, il est probable que celle-ci vive la maladie différemment d'une famille ouvrière ayant des moyens beaucoup moins importants. Notre mémoire tentera de vérifier cette hypothèse en s'attardant à l'expérience des familles ouvrières.

Dans les dernières années, des historiens ont étudié la tuberculose en se penchant sur des aspects particuliers de la lutte antituberculeuse à Montréal. C'est le cas de Yves Lajoie, qui a fait l'histoire de l'Institut Bruchési afin de démontrer le rôle de cette institution dans la lutte contre la maladie dans le district de Montréal<sup>8</sup>. Il a analysé les soins offerts ainsi que la diffusion des enseignements et des pratiques hygiéniques. Lajoie décrit bien l'organisation des soins à domicile de l'Institut pour la continuité des soins offerts au dispensaire et l'effort d'enseignement de l'hygiène pour sensibiliser les tuberculeux du danger qu'ils représentaient pour leur entourage. L'œuvre à l'enfance est aussi étudiée plus spécifiquement, dans le cadre des camps d'été de l'institut. Lajoie affirme que l'Institut Bruchési a permis d'améliorer la situation de la tuberculose à Montréal par ses actions préventives d'éducation et ses actions médicales de soin et de dépistage. Il affirme aussi que le rôle joué par l'Institut Bruchési dans la lutte antituberculeuse a contribué au processus de médicalisation de la société montréalaise. Ceci reflète les propos de Claudine Pierre-Deschênes au sujet des commissaires de la Commission royale.

Depuis le début des années 2000, Mary Anne Poutanen a beaucoup contribué à l'historiographie de la tuberculose. Une de ses études porte sur la Commission scolaire

---

<sup>8</sup> Yves Lajoie, *Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose (1911-1945)*, Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 2003, 130p.

protestante de Montréal et son rôle dans la prévention de la maladie entre 1900 et 1947<sup>9</sup>. Elle présente la commission scolaire comme un agent de changement où l'on fait la promotion de la santé publique en effectuant une identification précoce des jeunes tuberculeux, en éduquant ceux qui sont en traitement et en faisant de la prévention. En plus des examens médicaux dans les écoles, il y avait des visites à domicile pour effectuer un suivi et éduquer davantage les familles. Poutanen démontre que les commissaires étaient des réformateurs et qu'ils ont joué un rôle dans la lutte antituberculeuse tout en gardant une vision conservatrice qui associait la pauvreté à la dégénération morale. Cette conception des pauvres tuberculeux au début du XX<sup>e</sup> siècle est soulignée par plusieurs historiens.

Dans notre mémoire nous tenterons de démontrer que l'enfance est particulièrement importante pour la société montréalaise durant la période à l'étude. Yves Lajoie avait établi ce point dans son analyse de l'œuvre à l'enfance de l'Institut Bruchési<sup>10</sup>. Dans une perspective analogue, Katherine McCuaig parlait elle aussi de l'importance de l'enfance et de la prévention chez cette population dans la lutte antituberculeuse canadienne<sup>11</sup>.

Dans une étude sur l'enfance et la maladie, Valérie Minnett et Mary Anne Poutanen démontrent que le concours de chasse de mouches de 1912 du journal *The Montreal Star* a permis aux enfants d'être des agents actifs dans la lutte antituberculeuse de Montréal et le mouvement de santé publique<sup>12</sup>. Cette analyse montre l'ampleur de la participation des enfants à ce concours présentant les mouches comme un agent de contagion. Les enfants enthousiasmés, majoritairement des enfants de cols bleus, partageaient l'éducation reçue avec

---

<sup>9</sup> Mary Anne Poutanen, « Containing and Preventing Contagious Disease: Montreal's Protestant School Board and Tuberculosis, 1900-1947 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 23, 2 (2006) : 401-428.

<sup>10</sup> Lajoie, *op. cit.*, p.96.

<sup>11</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.157.

<sup>12</sup> Valerie Minnett et Mary Anne Poutanen, « Swatting Flies for Health: Children and Tuberculosis in Early Twentieth-Century Montreal », *Urban History Review*, 36, 1 (automne 2007) : 32-44.

leur famille. En participant, les enfants sont devenus des agents actifs dans la campagne de santé, leur permettant d'assumer une responsabilité individuelle de la santé publique. Dans le cadre de ce mémoire, nous tenterons de voir si les enfants francophones étaient aussi impliqués dans la lutte antituberculeuse.

L'exposition sur la tuberculose tenue à Montréal en 1909 est le sujet d'une autre étude de Valérie Minnett<sup>13</sup>. Elle a analysé le message qu'on souhaitait passer à travers l'exposition par le biais de son design. Ainsi, elle démontre que l'exposition avait pour but de propager et réaffirmer les buts éducatifs de la campagne de lutte antituberculeuse de Montréal. Le lien entre la tuberculose et l'environnement domestique y était souligné. On visait particulièrement les femmes lorsqu'on suggérait des changements pour la maison. Minnett mentionne que ces présentations n'étaient pas réalistes pour la population ouvrière visée, celle-ci n'ayant pas les moyens pour mettre en œuvre les changements proposés. Bref, on souhaitait éduquer la population, mais on lui donnait des moyens irréalistes. Ceci nous rappelle les propos de Georgina Feldberg qui affirmait que les médecins américains prônaient des comportements spécifiques pour prévenir la tuberculose qui étaient irréalistes pour les populations moins nanties<sup>14</sup>. Valerie Minnett affirme que l'exposition a contribué à renforcer et confirmer la croyance voulant que la classe ouvrière soit responsable de sa maladie. Notre mémoire s'attardera de près aux discours et aux prescriptions visant la classe ouvrière.

D'autres chercheurs ont étudié la tuberculose du point de vue de l'architecture. Annmarie Adams, Kevin Schwartzman et David Theodore ont proposé une étude sur le Royal Edward Institute, analysant les liens entre le développement de la technologie et de

---

<sup>13</sup> Valerie Minnett, « Disease and Domesticity on Display: The Montreal Tuberculosis Exhibition, 1908 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 23, 2 (2006) : 381-400.

<sup>14</sup> Feldberg, *op. cit.*, p.82.

l'architecture de 1909 à 1954<sup>15</sup>. Ils ont observé une absence de lien direct entre l'architecture associée à la tuberculose et les techniques et thérapies utilisées. L'architecture aurait même ralenti les innovations médicales. Ils affirment que les édifices et l'architecture représentaient ce que les médecins voulaient et non ce dont les patients avaient besoin. Cette étude démontre elle aussi l'importance des valeurs et des perceptions des élites dans la société montréalaise durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

L'étude la plus récente sur la tuberculose à Montréal provient de Mary Anne Poutanen, Sherry Olson, Raphael Fischler et Kevin Schwartzman<sup>16</sup>. Ces chercheurs ont analysé l'écart qui sépare les idéaux de santé publique et les réalités de la vie urbaine pour les tuberculeux de Montréal entre 1925 et 1950. L'étude est basée sur les dossiers de nombreux tuberculeux provenant de milieux pauvres de Montréal. On y examine les recommandations et les pressions exercées sur les tuberculeux de Montréal quant à leur mobilité afin qu'ils limitent la propagation de la maladie et la réalité qui ne leur permettait pas de demeurer isolés à la maison. Il s'en dégage que les idéologies prônées par les médecins et les hygiénistes n'étaient pas nécessairement applicables au quotidien des tuberculeux à Montréal. Les transports en commun et les déménagements fréquents sont des exemples récurrents de transgressions des recommandations hygiéniques. Poutanen et ses collègues démontrent que l'isolement et l'immobilisation étaient incompatibles avec les besoins des tuberculeux et de leur famille. Travailler, aller à l'école, aller se faire traiter au dispensaire ou prendre soin de la famille demandaient une mobilité. Il était aussi impossible d'isoler complètement un malade de sa famille. Une longue maladie faisait que les personnes atteintes ne pouvaient pas se conformer aux prescriptions des médecins et des autres spécialistes. Ces comportements

---

<sup>15</sup> Annmarie Adams, Kevin Schwartzman et David Theodore, « Collapse and Expand: Architecture and Tuberculosis Therapy in Montreal, 1909, 1933, 1954 », *Technology and Culture*, 49, 4 (octobre 2008) : 908- 943.

<sup>16</sup> Mary Anne Poutanen, Sherry Olson, Raphael Fischler et Kevin Schwartzman, « Tuberculosis in Town: Mobility of Patients in Montreal, 1925-1950 », *Histoire sociale/Social history*, 42, 83, (mai 2009) : 69-106.

valaient aux patients un jugement de la part des médecins, infirmières et travailleuses sociales. Cela contribuait donc au stigma associé à la tuberculose et aux pauvres.

Notre étude propose un point de vue qui fait écho à plusieurs des travaux mentionnés dans ce bilan historiographique : le mémoire de Claudine Pierre-Deschênes, l'étude de Mary Anne Poutanen sur la Commission scolaire protestante de Montréal, celle de Valerie Minnett sur l'exposition antituberculeuse et le livre de Feldberg. Tout comme l'étude de Poutanen, Olson, Fischler et Schwartzman, ces ouvrages évoquent la conception négative des réformateurs et des spécialistes à l'endroit des indigents tuberculeux. Ils ont aussi en commun d'aborder les disparités entre les prescriptions antituberculeuses et la réalité de la vie quotidienne en milieu ouvrier.

Dans une perspective analogue, Susan Craddock a étudié la campagne antituberculeuse de San Francisco au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, et plus particulièrement comment certains efforts de cette campagne étaient concentrés sur les femmes en tant que mères et épouses<sup>17</sup>. L'auteure a analysé comment la vision de la femme comme responsable de la santé de sa famille a servi à légitimer le rôle domestique de la femme. Pour Craddock, ce discours sur les genres est véhiculé par les médecins de l'époque, et s'inscrit dans un courant idéologique teinté par la xénophobie et le nationalisme. Dans un contexte où l'immigration de masse est perçue comme une menace tant sur le plan de la démographie que de l'hygiène, la femme blanche, en tant que mère de famille, est perçue comme garante de la santé de la famille et de l'équilibre démographique de la nation. L'étude de Georgina Feldberg rend compte, elle aussi, de ce discours raciste dans le contexte de la lutte antituberculeuse américaine<sup>18</sup>. Craddock a aussi démontré que les sanatoriums ont été utilisés pour transformer les femmes de la classe ouvrière en des femmes de la classe moyenne. Les

---

<sup>17</sup> Susan Craddock, « Engendered/endangered: women, tuberculosis, and the project of citizenship », *Journal of Historical Geography*, 27, 3 (juillet 2001) : 338-355.

<sup>18</sup> Feldberg, *op. cit.*, p.26, 82.



discours et prescriptions des médecins s'appuyant sur le rôle domestique des femmes n'étaient pas nécessairement accessibles à la classe ouvrière. Ceci nous rappelle les propos de Mary Anne Poutanen et de ses collègues. En dépit des efforts de la campagne, les pauvres ne pouvaient pas toujours, faute de moyen, en appliquer les recommandations. Craddock a donc montré que les plus démunis n'étaient pas nécessairement bien servis par la campagne de lutte antituberculeuse de San Francisco. Un projet de citoyenneté motivant les troupes excluait souvent ceux dans le besoin à cause de leur race ou de leur classe sociale.

Plusieurs historiens parlent d'une vision méprisante de la pauvreté et de la responsabilité des pauvres face à leur maladie. Les commissaires scolaires, les organisateurs de l'exposition sur la tuberculose et les réformateurs voulaient améliorer la situation à Montréal, mais certaines de leurs recommandations étaient loin de la réalité du quotidien de la classe ouvrière. Cette discrimination est décrite dans les sociétés canadienne et américaine comme s'appliquant aussi aux Autochtones, aux Afro-Américains, aux immigrants et aux femmes. La tuberculose était causée en partie par des injustices sociales, mais elle engendrait aussi son lot de préjugés et d'injustices.

L'importance du mouvement hygiéniste et réformiste a été mise de l'avant dans presque tous les ouvrages étudiés. Cette lutte pour un meilleur environnement ne peut être dissociée de la lutte antituberculeuse : les deux combats allaient de pair au début du XX<sup>e</sup> siècle. Dans le même ordre d'idées, on associe médicalisation de la société et lutte antituberculeuse. L'organisation demandée par cette lutte aura permis de développer la science médicale au Québec et sa place dans la société.

Nous constatons un vide historiographique quant à l'étude de la tuberculose vécue dans le contexte du domicile. Seule l'étude de Poutanen, Olson, Fischler et Schwartzman analyse directement la vie des tuberculeux dans le contexte urbain. Les historiens ont davantage étudié la cure sanatoriale. Nous tenterons de remédier à cette situation.

La place des femmes et des enfants dans l'histoire de la tuberculose a été étudiée par certains, mais ignorée par d'autres. Plus récemment, les historiens ont démontré l'ampleur de



la lutte antituberculeuse chez ces populations. En effet, plusieurs campagnes ou moyens de propagande leur étaient adressés. Il reste par contre encore des recherches à faire pour mieux décrire l'expérience de la tuberculose chez les femmes et les enfants de la classe ouvrière. Notre mémoire tentera de faire la lumière sur cette expérience dans le foyer familial, en adressant le vécu de chaque membre de la famille.

Beaucoup de chercheurs se sont penchés sur la lutte antituberculeuse au Québec, soulignant sa vitalité. Katherine McCuaig a affirmé que le Québec était en décalage par rapport au reste du Canada en ce qui a trait à sa gestion de la tuberculose<sup>19</sup>. La mortalité infantile était plus élevée et l'implication de l'État était moins directe. Cependant, la thèse du retard du Québec ne fait pas l'unanimité et elle est critiquée par des historiens qui s'intéressent à la santé publique, deuxième champ historiographique auquel ce mémoire tentera de contribuer.

### 1.1.2 Historiographie de la santé publique

Les conditions de vie étaient au cœur des premières études historiques qui décrivaient les principaux problèmes de santé publique à Montréal. Puis, des ouvrages ont traité des prescriptions sociales et de la médicalisation de la société. Certains historiens ont aussi fait l'histoire d'institutions médicales. Plus récemment, des chercheurs ont présenté les recherches québécoises sur l'histoire de la santé publique dans une perspective comparative, faisant ressortir les particularités de cette société en la comparant aux autres pays occidentaux.

Dans son étude des conditions de vie de la classe ouvrière de Montréal dans le premier tiers du XX<sup>e</sup> siècle, Terry Copp fait état des principaux problèmes de santé

---

<sup>19</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.245.

publique<sup>20</sup>. La mortalité infantile et la tuberculose occupent les deux premiers rangs. Dans son analyse, Copp présente surtout les causes sociales comme la pauvreté et les logements insalubres, mais il aborde aussi les lacunes du système de santé publique. Sa vision s'accorde bien avec celle de Katherine McCuaig, car tous deux affirment que le manque de développement des services de santé au Québec serait lié à des facteurs d'ordre économique.

Martin Tétreault a lui aussi constaté que les conditions de vie misérables de certains Montréalais étaient liées aux problèmes de santé publique<sup>21</sup>. Son étude des « maladies de la misère » démontre que les Canadiens français avaient un taux de mortalité plus élevé que les autres groupes ethniques montréalais entre 1880 et 1914, et ce, essentiellement à cause des maladies contagieuses. Cette étude décrit bien les maladies contagieuses et les problèmes alimentaires ou environnementaux qui étaient présents lors de cette période. Si à l'instar de Copp, Tétreault souligne les carences de l'intervention gouvernementale, c'est-à-dire l'action limitée et tardive de la Ville qui ne participe souvent qu'à l'incitation des initiatives privées, il met néanmoins en relief l'importance de la présence de l'État. Cette présence démontre selon lui l'ampleur et l'urgence du problème de santé publique à Montréal, affirmant que l'État ne s'implique habituellement pas dans les « affaires sociales » régies par les Églises et les organismes de charité.

De son côté, Nancy Tomes propose un ouvrage intéressant relatant l'histoire de la croyance à la théorie des germes. Dans *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*<sup>22</sup>, elle explique comment les Américains en sont venus à croire à l'existence des germes et comment cela a changé leurs comportements et leur vie quotidienne. La

---

<sup>20</sup> Terry Copp, *The Anatomy of Poverty: The Condition of the Working Class in Montreal 1897-1929*, Toronto, McClelland and Stewart, 1974, 192p.

<sup>21</sup> Martin Tétreault, « Les maladies de la misère : aspects de la santé publique à Montréal, 1880-1914 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 36, 4 (mars 1983) : 507-526.

<sup>22</sup> Nancy Tomes, *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1998, 351p.

campagne de prévention des maladies causées par les germes était intimement liée à la campagne antituberculeuse. Tomes affirme que les pauvres n'avaient pas les moyens de se conformer aux normes antiseptiques et que ces prescriptions affectaient particulièrement les femmes, les immigrants et les groupes ethniques. La théorie des germes de la maladie a contribué à stigmatiser les pauvres et les groupes minoritaires, ce qui n'est pas sans rappeler les études de Poutanen, de Feldberg et de Craddock. Nancy Tomes déclare que ces propos étaient utilisés pour soutenir les discours racistes des nativistes américains qui cherchaient à légitimer la ségrégation raciale et les restrictions sur l'immigration.

Plusieurs chercheurs ont pour leur part abordé l'histoire de la santé publique en étudiant la médicalisation de la société. C'est le cas de Gaumer, Desrosiers et Keel qui ont étudié l'histoire des Unités sanitaires de comté au Québec<sup>23</sup>. En analysant le développement de ces centres de santé ruraux entre 1925 et 1975, on découvre que les gouvernements s'intéressaient à la santé publique. On peut voir que, sous influence américaine, la province a organisé un système d'Unités sanitaires de comté plus tôt et de manière plus complète qu'ailleurs au Canada. Ce système, bien qu'inégal dans ses actions, a joué un rôle pour modifier la pensée et les habitudes de la population. C'est donc un exemple de médicalisation de la société, où on a priorisé la lutte aux maladies infectieuses et l'assainissement du milieu. Ces auteurs ont aussi analysé le rôle du Service de santé de la ville de Montréal dans ce processus de médicalisation<sup>24</sup>. Ils ont ainsi regardé les éléments de rupture et de continuité dans l'évolution des services mis en place par la ville en parallèle avec l'évolution d'indicateurs tels les indices de mortalité pour différentes maladies. Ces recherches démontrent donc l'implication des gouvernements provincial et municipaux dans la lutte

---

<sup>23</sup> Georges Desrosiers, Benoît Gaumer, et Othmar Keel, *La santé publique au Québec: histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998, 187p.

<sup>24</sup> Benoît Gaumer, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal 1865-1975*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, 2002, 277p.

antituberculeuse québécoise, contestant par le fait même les propos de McCuaig et de Copp quant au manque de développement des services de santé au Québec.

La santé publique a aussi été abordée du point de vue de l'institution hospitalière. Alors que David et Rosemary Gagan ont analysé l'évolution des hôpitaux publics canadiens en lien avec l'évolution de la science médicale et des sciences infirmières entre 1880 et 1950<sup>25</sup>, d'autres chercheurs ont plutôt fait l'histoire d'un hôpital en particulier, souvent à l'occasion du centenaire de l'établissement. Ainsi, Neville Terry a présenté les débuts de l'Hôpital Royal Victoria, ses activités et ses acteurs dans un ouvrage plutôt descriptif<sup>26</sup>. Une étude plus poussée de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal place l'évolution de l'institution dans le contexte de la transformation de la société, de la médecine et de la ville. L'analyse sociale, culturelle et scientifique de Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel<sup>27</sup> permet de démontrer que les hôpitaux québécois n'étaient pas uniquement des lieux de refuge et d'assistance, mais également des centres de soins médicaux où on luttait contre la maladie et où on enseignait la science médicale.

Deux ouvrages faisant état des connaissances actuelles semblent vouloir directement répondre aux chercheurs comme Copp et McCuaig, eux qui ont présenté le Québec comme accusant un retard dans le développement de son système de santé. Peter Keating et Othmar Keel ont présenté un condensé de l'état des recherches en santé publique avec *Santé et société au Québec, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*<sup>28</sup>. Leur approche thématique leur permet de dresser un

---

<sup>25</sup> David Gagan et Rosemary R. Gagan, *For Patients of Moderate Means: A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2002, 268p.

<sup>26</sup> Neville Terry, *The Royal Vic: The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894-1994*. Montréal, McGill-Queen's University Press, 1994, 276p.

<sup>27</sup> Denis Goulet, François Hudon, et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Études québécoises, 32e., Montréal, VLB, 1993, 452p.

<sup>28</sup> Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec: XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, Montréal, Boréal, 1995, 272p.

portrait de la santé qui va de l'état de santé de la population, à la professionnalisation des domaines de la santé en passant par la construction d'un appareil d'État de santé publique. Dans *Histoire de la santé au Québec*, François Guérard présente pour sa part une analyse de l'évolution de la santé de la population, des transformations des services sanitaires et des groupes qui ont donné ou organisé ces services<sup>29</sup>. Ces ouvrages récents tentent d'analyser la ville dans un contexte international et dans une perspective comparative. Keating, Keel et Guérard soutiennent que Montréal suit les grandes tendances mondiales au niveau du développement de la santé publique. Ces historiens affirment que parmi toutes les influences occidentales, l'influence américaine serait prépondérante au Québec.

Il ressort de cette historiographie que la thèse d'un retard au Québec est réfutée par plusieurs auteurs. Ainsi, même si la situation de la santé des Montréalais est plus précaire que celle de ses contemporains occidentaux, la ville est ouverte aux changements et suit la chronologie des autres villes industrialisées.

Les historiens observent aussi que la différence fondamentale entre le Québec et les principales villes américaines se situe au niveau de l'engagement de l'État dans les soins de santé. En effet, les gouvernements provincial et municipaux subventionnaient les organismes privés et les institutions existantes, comme les dispensaires et les hôpitaux, plutôt que de s'impliquer directement auprès des pauvres malades ou de créer des institutions publiques. Les auteurs s'entendent donc pour dire que l'implication de l'État, que ce soit au niveau municipal dès la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, ou au niveau fédéral et provincial autour de 1920, est un élément primordial dans l'analyse de la santé publique au Québec.

En général, les historiens affirment que le taux de mortalité par tuberculose ou encore le taux de mortalité infantile permettent de suivre les progrès dans les luttes contre ces fléaux. Cependant, on ne peut pas directement attribuer la diminution des taux de mortalité aux actions spécifiques des gouvernements. En explorant l'historiographie de la santé publique au

---

<sup>29</sup> François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, 123p.

Québec, certains historiens ont fait ressortir que parmi les acteurs de la lutte antituberculeuse, plusieurs étaient en fait des femmes qui s'impliquaient dans leur maison ou dans leur communauté.

### 1.1.3 Historiographie des femmes dans le foyer

Il existe une historiographie importante sur les femmes et leurs rôles dans le foyer. Plusieurs historiennes ont étudié les mères en analysant la médicalisation de la maternité, s'attardant particulièrement aux prescriptions faites aux femmes. Des études sur le rôle des infirmières face à la santé des femmes et des enfants permettent d'analyser l'implication de ces professionnelles de la santé (qui sont aussi des femmes) dans le foyer. Des études sur le rôle des femmes bénévoles contribuent aussi à cette historiographie. En bref, tous ces travaux permettent de démontrer l'importance de la femme dans le foyer, particulièrement lorsqu'on étudie la maladie.

Rima D. Apple est une des principales historiennes ayant étudié la médicalisation de la maternité. Elle a analysé les relations entre les mères, les professionnels de la santé et les rôles changeants de ces acteurs dans la société américaine. Dans *Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding, 1890-1950*<sup>30</sup>, c'est l'analyse des changements de modèles d'allaitement au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle qui lui permet de démontrer que les mères participaient activement à la redéfinition de leur rôle en cherchant des soins de santé pour leurs enfants. Avec *Perfect Motherhood: Science and Childrearing in America*<sup>31</sup>, elle étudie l'évolution de la doctrine de « scientific motherhood » qui a défini la maternité

---

<sup>30</sup> Rima D. Apple, *Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding, 1890-1950*, Wisconsin publications in the history of science and medicine, no. 7, Madison, University of Wisconsin Press, 1987, 261p.

<sup>31</sup> Rima D. Apple, *Perfect Motherhood: Science and Childrearing in America*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2006, 209p.

aux États-Unis depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Apple réitère son argumentation précédente sur l'engagement actif des mères dans la transformation de leur rôle. Elle explique aussi que dans leur recherche pour les meilleures pratiques de soins pour leurs enfants, les femmes recevaient beaucoup d'avis, souvent contradictoires, leur disant quoi faire et comment le faire. Au bout du compte, Apple démontre que les mères choisissaient ce qu'elles préféraient dans les discours disponibles et trouvaient les livres confirmant leurs croyances pour ensuite en prendre et en laisser et, en définitive, faire ce qu'elles jugeaient être le mieux pour l'enfant. Dans le cadre de ce mémoire, il sera intéressant de voir si les femmes agissaient de la même façon face aux prescriptions antituberculeuses.

Dans un article paru précédemment, Rima D. Apple avait aussi étudié l'importance de la doctrine du « scientific motherhood » dans la construction du rôle des mères<sup>32</sup>. En effet, cette idéologie marquante des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles a eu un impact considérable sur la perception de la femme et de son rôle. Alors qu'auparavant la mère devait se fier à son instinct maternel, la femme avait maintenant besoin d'avis scientifiques et médicaux pour élever ses enfants. Ce changement idéologique décrit par Apple va avoir une influence sur la définition du rôle de la femme. Responsable de la santé et du bien-être de sa famille, elle n'est maintenant plus perçue comme apte à agir sans conseils scientifiques. Apple participe donc de façon importante au courant des écrits sur la médicalisation de la société nord-américaine au début du XX<sup>e</sup> siècle, avec des propos qui s'apparentent à ceux de Benoît Gaumer, Georges Desrosiers et Othmar Keel. Elle est aussi une figure de proue de la littérature sur les prescriptions faites aux femmes.

Andrée Lévesque adresse le sujet en présentant les prescriptions faites aux femmes québécoises par les médecins comme étant axées sur deux pôles pendant l'entre-deux-

---

<sup>32</sup> Rima D. Apple, « Constructing Mothers : Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries », *Social History of Medicine*, 8, 2 (août 1995) : 161-178.

guerres<sup>33</sup>. Elle explique que les femmes étaient soit perçues comme des mères, ou comme des prostituées. Suivant cette dichotomie, les conseils médicaux qui leur étaient prodigués s'articulaient autour de deux sujets : la maternité et les maladies vénériennes. C'est donc une période où Lévesque décrit la femme comme étant soumise à une perception conservatrice, catholique, nationaliste et paternaliste. Elle insiste sur le fait que les prescriptions médicales concernaient toutes les femmes.

L'historienne Denyse Baillargeon a étudié la transformation de la maternité dans son livre *Un Québec en mal d'enfants : La médicalisation de la maternité, 1910-1970*<sup>34</sup>. Alors qu'elle attribue la médicalisation de la maternité au taux élevé de mortalité infantile au Québec au début du XX<sup>e</sup> siècle, elle démontre comment cela s'est fait en expliquant pourquoi et comment les changements se sont effectués, qui étaient les acteurs et comment les femmes ont été convaincues de la nécessité des connaissances médicales. Il est intéressant de voir que l'ouvrage traite le sujet en abordant les rapports sociaux de classe et de sexe, car notre mémoire adopte aussi cette perspective. Baillargeon s'attarde entre autres aux soins à domicile qui étaient offerts aux mères et à leurs jeunes enfants. Comme nous nous intéressons aux soins à domicile des tuberculeux, cette étude nous permet d'entrer dans la structure de l'organisation des infirmières-visiteuses. L'historienne explique que les infirmières-visiteuses de la Ville avaient une mission éducative quant à l'hygiène tandis qu'il incombait aux agences privées de prodiguer des soins, subventionnés principalement par une compagnie d'assurance ou une œuvre caritative.

Beaucoup d'historiens, dont Terry Copp, présentent la mortalité infantile comme le principal cheval de bataille des réformateurs. Ceci s'explique, du moins en partie, par l'importance de la démographie dans la société québécoise du début du vingtième siècle.

---

<sup>33</sup> Andrée Lévesque, « Mères ou malades : les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 (juin 1984) : 23-37.

<sup>34</sup> Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2004, 376p.



Dans le cadre de deux études distinctes, Denyse Baillargeon a analysé deux acteurs en particulier de cette lutte contre la mortalité infantile. Dans un premier temps, elle a analysé le rôle du service des infirmières-visiteuses de la compagnie d'assurance vie *La Métropolitaine*. Offrant principalement des soins aux mères, les infirmières ont contribué à la propagande hygiénique et ont joué un rôle sanitaire dans la société<sup>35</sup>. Baillargeon affirme que les intérêts financiers de la compagnie ont obligé les infirmières à uniformiser leurs procédures et à bureaucratiser leur fonctionnement, mais le pouvoir des médecins a empêché *La Métropolitaine* de contrôler le contenu des soins médicaux. L'auteure note quand même la place inférieure des infirmières en tant que femmes, étant aptes à s'occuper des mères, mais subordonnées aux médecins. On voit là une description du rôle inférieur de la femme en conformité avec les propos de Apple, elle qui parlait de la mère apte à s'occuper des enfants, mais subordonnée aux spécialistes de la santé.

Dans la deuxième étude, Denyse Baillargeon regarde les motivations des femmes qui fréquentaient les *Gouttes de Lait*, lieux de distribution de lait et cliniques de puériculture<sup>36</sup>. Elle démontre qu'avec le temps, les *Gouttes de Lait* en sont venues à faire partie des mœurs des mères québécoises, et ce malgré des débuts plus difficiles à cause de la fréquentation irrégulière des mères. Les femmes allaient y faire peser leurs enfants, les faire vacciner, recevoir des conseils sur l'alimentation en plus d'obtenir du lait gratuitement et de socialiser entre elles. Il reste que la pauvreté était un obstacle à la fréquentation. Tout comme Apple, Baillargeon confirme que les mères en prenaient et en laissaient lorsqu'il était question de recevoir des conseils sur la façon d'élever leurs enfants. Dans le cadre de ce mémoire, il sera intéressant de voir si cette expérience était similaire à celle des femmes fréquentant les dispensaires antituberculeux.

---

<sup>35</sup> Denyse Baillargeon, « Les rapports médecins-infirmières et l'implication de La Métropolitaine dans la lutte contre la mortalité infantile, 1909-53 », *The Canadian Historical Review*, 77, 1 (1996) : 33.

<sup>36</sup> Denyse Baillargeon, « Fréquenter les Gouttes de Lait : l'expérience des mères montréalaises, 1910-1965 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 2 (septembre 1996) : 29-68.

D'autres historiennes ont étudié le rôle des infirmières. Yolande Cohen et Michèle Gélinas ont analysé le service des infirmières hygiénistes de la ville de Montréal<sup>37</sup>. La laïcisation rapide des infirmières et la professionnalisation de l'hygiène publique ont rendu la formation solide d'autant plus importante. Jessica M. Robbins a analysé la relation entre les infirmières antituberculeuses, leurs patients et les médecins dans le contexte américain entre 1903 et 1915<sup>38</sup>. Elle constate que l'infirmière-visiteuse, administrant des conseils sur la désinfection et l'entretien sanitaire des maisons et sur l'alimentation saine, provenait généralement de la classe moyenne et avait des préjugés défavorables envers leurs patients de la classe moyenne. Comme Baillargeon, elle observe que les infirmières-visiteuses étaient subordonnées aux médecins, mais elle note qu'elles avaient quand même plus de liberté et d'autonomie que les infirmières du milieu hospitalier. Cette étude est la seule qui porte sur des infirmières antituberculeuses. Nous tenterons d'apporter une nouvelle contribution à cette historiographie. Louise Bienvenue pour sa part a étudié le développement du *Victorian Order of Nurses* et son rôle dans le mouvement hygiéniste à Montréal entre 1897 et 1925<sup>39</sup>. Son analyse porte aussi sur l'évolution et la professionnalisation des infirmières, de même que sur l'oeuvre pancanadienne de cet organisme en lien avec d'autres organismes prenant part au mouvement hygiéniste. Cette étude met en valeur la participation des femmes dans la mise en place des systèmes de santé au Canada.

Les plus récents travaux de Yolande Cohen adressent aussi ce sujet. Dans son histoire du *Montreal Diet Dispensary* entre 1910 et 1940<sup>40</sup>, elle a démontré que les femmes jouaient

---

<sup>37</sup> Yolande Cohen et Michèle Gélinas, « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique », *Histoire Sociale*, 22, 44 (novembre 1989) : 219-246.

<sup>38</sup> Jessica M. Robbins, « Class Struggles in the Tubercular World: Nurses, Patients, and Physicians, 1903-1915 », *Bulletin of the History of Medicine*, 71, 3 (automne 1997) : 412-434.

<sup>39</sup> Louise Bienvenue, *Le rôle du Victorian Order of Nurses dans la croisade hygiéniste montréalaise (1897-1925)*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1994, 162p.

<sup>40</sup> Yolande Cohen, « De la nutrition des pauvres malades: l'histoire du Montreal Diet Dispensary de 1910 à 1940 », *Histoire Sociale*, 41, 8 (2008) : 133-163.

des rôles importants en tant que philanthropes, bénévoles, professionnelles et bénéficiaires de services pour inciter l'État à intervenir dans le domaine de la santé. Un groupe de femmes réformatrices anglo-protestantes ont ainsi suscité un débat sur la nutrition des pauvres de Montréal et ont mis sur pied une action pour faire de la prévention et de l'éducation, le *Montreal Diet Dispensary*. Même si d'autres historiennes, telles que Apple et Baillargeon, ont parlé de l'implication des femmes à travers la définition de leur rôle, Cohen mise davantage sur l'importance des femmes dans le développement du discours maternaliste et dans le développement de la société québécoise. Le plus récent ouvrage de Cohen examine les associations philanthropiques féminines s'impliquant dans l'assistance sociale durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle<sup>41</sup>. Elle analyse comment la Fédération Saint-Jean-Baptiste, la *Young Women's Christian Association* et le *National Council of Jewish Women* ont participé à établir les premières politiques sociales adoptées au Canada, tout en étudiant l'évolution de ces groupes. L'historienne démontre que l'association philanthropique des femmes dans les rôles de soins est un lieu d'intervention politique et de contribution citoyenne sur des sujets qui touchent de près ces femmes, la santé, la famille et l'immigration.

Nous trouvons particulièrement intéressant le fait que Yolande Cohen analyse des groupes provenant des trois principales religions au Québec dans cet ouvrage. Il s'agit d'une perspective qui n'est pas souvent explorée par les historiens. Nous tenterons d'enrichir ce champ d'études en étudiant des institutions antituberculeuses catholique, protestante et juive à Montréal. Cette étude sur les femmes philanthropes et celle du *Montreal Diet Dispensary* contribuent à l'historiographie sur la médicalisation de la société en démontrant la participation de l'institution au processus de réforme de service des soins, à l'organisation des services socio-sanitaires et à la professionnalisation de ressources bénévoles.

Une historienne a étudié la politisation du travail à la maison traditionnelle de la mère et l'établissement de l'aide sociale à l'enfance aux États-Unis au début du XX<sup>e</sup> siècle. Molly

---

<sup>41</sup> Yolande Cohen, *Femmes philanthropes : catholiques, protestantes et juives dans les organisations caritatives au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2010, 253p.

Ladd-Taylor<sup>42</sup> a analysé le croisement entre la vie privée et la vie politique et publique des mères en comparant le travail d'éduquer les enfants à la maison et les activités militantes de réforme maternelle. Elle a démontré que les mères, tout en élevant leurs enfants à la maison pour en faire de bons citoyens, militaient pour des causes personnelles dans la communauté comme bénévoles pour l'établissement de mesures comme l'expansion de la santé publique et de programmes d'aide sociale touchant les enfants, mesures qui allaient changer l'expérience maternelle. Ladd-Taylor abonde donc dans le même sens que Cohen pour présenter les femmes comme participantes aux transformations de leur société.

Magda Fahrni s'est penchée sur les femmes et leur présence dans la ville de Montréal lors des épidémies d'influenza de 1918 et 1920<sup>43</sup>. Elle a analysé comment les infirmières, les bénévoles et les religieuses ont joué un rôle important au niveau de la santé publique et civique en tant que soignantes. Ces femmes étaient appelées à œuvrer autant dans les hôpitaux et les asiles que les maisons privées et les dispensaires. Fahrni a aussi démontré que les visites à domicile lors des épidémies ont permis de mettre en lumière les conditions de vie des pauvres dans certains quartiers ouvriers plus méconnus. Cette étude est intéressante, car elle présente les femmes comme des actrices importantes dans la ville en temps d'épidémie. Nous tenterons de montrer leur importance dans la campagne antituberculeuse montréalaise.

Dans une étude sur l'épidémie de polio à Toronto en 1937, Lorraine O'Donnell<sup>44</sup> s'est attardée aux rôles des femmes et des mères comme soignantes auprès des victimes de la maladie. Tout comme dans l'étude de Fahrni, O'Donnell parle de la place considérable des femmes en période d'épidémie. En effet, pendant l'épidémie de polio, le rôle des femmes et

---

<sup>42</sup> Molly Ladd-Taylor, *Mother-Work: Women, Child Welfare, and the State, 1890-1930*, Champaign, University of Illinois Press, 1994, 224p.

<sup>43</sup> Magda Fahrni, « "Elles sont partout..." : les femmes et la ville en temps d'épidémie, Montréal, 1918-1920 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 58, 1 (2004) : 67-85.

<sup>44</sup> Lorraine O'Donnell, *A 'Dread Disease': The 1937 Polio Epidemic in Toronto*, mémoire de maîtrise (histoire), York University, Toronto, 1989, 81p.

des mères avait été amplifié, car les enfants étaient les plus atteints. Elles étaient donc appelées à leur offrir des soins à domicile et à participer au long travail de réadaptation à la maison, qui avait été élaboré pour être effectué par les femmes. Dans un contexte de médicalisation de la maternité, l'infirmière faisait le pont entre la science et la mère. Les infirmières de santé publique ont donc effectué de nombreuses visites pour aider les mères dans leur travail de soignante. Cette étude est pratiquement la seule à analyser le rôle des mères dans les soins à domicile, une perspective qui gagnerait à être développée davantage par les historiens. C'est dans cette optique que notre mémoire tentera d'approfondir cet aspect dans le contexte de la tuberculose.

Valérie Poirier a aussi étudié la polio, mais dans le contexte de l'épidémie montréalaise de 1946<sup>45</sup>. Elle affirme que le contexte de mise en valeur de l'enfance dans l'après-guerre, la présence de l'État-Providence et les discours des médecins sont les facteurs ayant mené à une réponse généralement positive à l'épidémie de la part des familles, des hôpitaux et des écoles. Dans cette étude, elle constate que les prescriptions des médecins sur les soins aux enfants mettaient en valeur le rôle de mère, qui s'en trouvait ainsi valorisée. Cette historienne observe donc elle aussi l'importance de la mère et des prescriptions qu'on lui fait. Elle constate que celles-ci ont un impact positif sur la mère, ce qui contraste avec ce que nous proposons dans notre mémoire, mais qui s'explique entre autres par la maladie même au cœur de son ouvrage. En effet, Poirier démontre que la polio attire une sympathie et une mobilisation populaire parce qu'elle afflige les enfants, entre autres, de la classe moyenne les laissant paralysés alors que nous soutenons que la tuberculose est stigmatisée et condamnée parce qu'elle frappe davantage les pauvres de la classe ouvrière.

---

<sup>45</sup> Valérie Poirier, *"Secourons nos enfants malades": réponses à l'épidémie de poliomyélite à Montréal en 1946*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 2011, 156p.

L'histoire des femmes au foyer est marquée par la médicalisation de la maternité. Les historiennes s'entendent pour dire que cette médicalisation soumettait les femmes à des prescriptions provenant souvent d'idéologies paternalistes et conservatrices. Les femmes ne pouvaient pas toujours obéir à ces prescriptions, car celles-ci étaient irréalistes, et elles choisissaient souvent de faire ce qu'elles croyaient être le mieux pour leurs enfants.

Cette historiographie met en lumière le rôle changeant des femmes au début du XX<sup>e</sup> siècle, de plus en plus tributaires de la science, mais aussi de plus en plus actives dans l'organisation sanitaire de la société québécoise. Les femmes ont participé à l'amélioration de la santé publique, dans leur foyer, mais aussi dans la ville de Montréal.

## 1.2 Problématique

Dans l'histoire de la tuberculose, de la santé publique et des femmes dans le foyer, on traite des questions de classes sociales, de genre, de religion et d'ethnie. Il reste que ces thèmes ne sont pas abordés simultanément dans le contexte de la tuberculose à Montréal. Les soins à domicile ne sont pas non plus examinés en profondeur. Un tour d'horizon de l'historiographie existante permet de constater que beaucoup d'aspects rattachés à ce sujet mériteraient d'être approfondis davantage. À cet égard, les soins à domicile pour les tuberculeux de la classe ouvrière nous semblent être un excellent exemple.

Dans cette perspective, notre mémoire tentera de combler la lacune au niveau des représentations et des prescriptions sociales et scientifiques de la tuberculose pour les familles dans leur foyer à Montréal, tout en adressant le vécu de ces familles. Plus précisément, notre mémoire propose d'étudier la façon dont les familles faisaient face à la tuberculose dans leur foyer. Si la maladie s'attaquait à toutes les classes sociales, nous choisissons de nous attarder plus particulièrement aux familles pauvres qui étaient davantage touchées, et qui utilisaient principalement les ressources gratuites ou moins coûteuses mises

sur pied par les plus nantis et leurs œuvres philanthropiques. De plus, nous porterons une attention particulière aux mères de famille, aux enfants et aux aidantes à domicile.

De cette problématique découle une série de questions auxquelles nous chercherons à répondre à travers le mémoire : Comment les tuberculeux arrivaient-ils à se soigner à la maison dans leur quotidien? Comment est-ce que les familles de tuberculeux s'organisaient avec un malade à la maison? Comment s'organisaient-elles pour payer les soins et quel impact la maladie avait-elle sur l'économie familiale? Quelles étaient les méthodes de prévention de la tuberculose utilisées avec les enfants, avec les mères de famille? En quoi consistait l'isolement des malades à la maison? Qui procédait aux soins à domicile et comment?

En ce qui a trait aux hypothèses de travail, quelques idées s'imposent d'emblée. D'une part, les familles cherchaient à cacher la maladie. D'autre part, elles tentaient de trouver de l'aide dans les dispensaires sans avoir à manquer leur travail. De plus, nous croyons que le rôle de la mère était central à la survie de la famille ayant un tuberculeux à la maison. Finalement, nous proposons l'hypothèse selon laquelle l'éducation sanitaire, de plus en plus importante chez les enfants à travers la période étudiée, mais néanmoins présente pour le reste de la population, devait aussi aider à prévenir la contagion familiale.

Cette recherche contribuera aux trois champs d'études ayant fait l'objet du bilan historiographique dans la mesure où elle tentera de combler un vide sur le plan de l'expérience de la tuberculose dans le foyer familial à Montréal entre 1900 et 1950. En étudiant des sources qui proviennent de plusieurs institutions, nous tenterons de faire le pont entre l'institution, le malade et le domicile, perspective qui n'a pas encore été explorée par les historiens.

### 1.3 Sources et méthodes

Ce mémoire de maîtrise est l'aboutissement d'une démarche basée sur l'analyse de plusieurs sources. Dans le but de trouver des informations sur chacun des principaux groupes de Montréalais, soit les Catholiques (anglophones et francophones), les Protestants et les Juifs, des archives relatives à chacun des groupes ont été dépouillées. Les archives des principales institutions médicales pour les tuberculeux dirigées par ces différents groupes ont donc été consultées. Ces institutions s'adressaient principalement à un groupe ethnique ou religieux, mais elles soignaient tous les malades qui s'y présentaient, sans distinction quant à l'ethnicité, la religion ou la langue. D'autres archives d'institutions religieuses, scolaires ou encore municipales complètent l'éventail de sources auxquelles nous référerons.

#### 1.3.1 L'Institut Bruchési

L'Institut Bruchési, institution majeure dans la lutte antituberculeuse à Montréal, a été mis sur pied pour les Canadiens français en 1911. Nous avons fait appel aux rapports annuels de 1911 à 1950, localisés dans les archives des Sœurs de la Providence. Ces documents contiennent des données qualitatives et quantitatives. Les différents comptes-rendus rédigés sous forme de lettre par les directeurs de départements ou de services de l'institution permettent de déceler l'idéologie de l'Institut Bruchési et l'opinion de ses membres. On y aborde les actions de l'Institut, mais aussi la lutte antituberculeuse montréalaise, ses problèmes et ses points forts. Ces informations qualitatives ont servi à documenter le vécu des tuberculeux qui utilisaient les dispensaires de l'Institut Bruchési, leurs conditions de vie ainsi que l'évolution des services et traitements offerts à travers le temps. Les données statistiques qui composent aussi les rapports annuels ont servi à faire quelques analyses et comparaisons quant au nombre de tuberculeux à travers le temps, la composition ethnique et sexuelle des malades, le nombre de visites à domicile, etc. Ces rapports annuels contiennent aussi des illustrations qui représentent les prescriptions



populaires de la lutte antituberculeuse pour les parents et les enfants. Ces images ont été analysées afin de faire ressortir le contenu du discours éducatif de l'institut.

La principale force de cette source est son caractère détaillé et son contenu permettant de distinguer clairement le discours de ces auteurs. Elle compte par contre plusieurs limites. D'abord, certains rapports sont manquants pour la fin des années 1930 et le début des années 1940. Nous constatons aussi que la forme des rapports annuels change au cours des années 1940, devenant moins détaillé et moins facile à comparer avec les rapports du début du siècle. Cette source a aussi des limites au niveau de l'objectivité. Elle présente l'opinion de l'institution, plus précisément des médecins hauts placés, et néglige la voix des religieuses et des infirmières. La voix des patients est complètement absente. Il reste que les membres de l'Institut Bruchési semblaient vouloir le bien des gens pauvres et malades tout en alimentant la lutte antituberculeuse. Quoi qu'il en soit, il sera important de garder un point de vue critique face aux discours véhiculés que nous tenterons de dégager tout au long du mémoire.

D'autres documents concernant principalement la population catholique et disponibles aux archives des Sœurs de la Providence ont servi à bâtir notre mémoire. Parmi ceux-ci, on retrouve des notes sur l'implication et la participation des religieuses au sein de l'Institut Bruchési. Ces documents ont permis de mieux cerner le rôle de ces femmes dans les soins à domicile prodigués aux tuberculeux.

### 1.3.2 Le Royal Edward Institute

Les archives du Royal Edward Institute, institution mise sur pied par les Anglophones protestants de Montréal, ont aussi été consultées dans le cadre de ce mémoire. Elles se retrouvent dans les archives du Centre universitaire de santé McGill. Les rapports annuels de l'Institut, disponibles pour plusieurs années entre 1910 et 1940, et les procès-verbaux de différents comités ou organismes affiliés, ont été consultés. Comme dans le cas de

l'Institut Bruchési, l'information qualitative a servi à analyser la situation des tuberculeux à Montréal, leurs conditions de vie, ainsi que le rôle joué par l'institution pour les soigner et prévenir la maladie chez les autres membres de la famille. Les statistiques et les tableaux ont permis de faire des analyses quantitatives quant aux caractéristiques des patients et l'évolution du traitement de la maladie.

Les rapports annuels et les registres des procès-verbaux de la Ligue Antituberculeuse de Montréal ainsi que d'autres documents concernant la Ligue ou l'Institut font partie des sources consultées. Ils permettent d'analyser le développement de la lutte antituberculeuse à Montréal et de comprendre en quoi la lutte montréalaise se différencie des autres villes canadiennes. Les documents comprennent entre autres le témoignage d'un homme ayant fréquenté l'institut dans son enfance, en 1916.

Ce document précis représente une force parmi cette collection puisqu'il nous permet d'avoir un accès unique à l'expérience personnelle d'un enfant et de décrire son vécu en lien avec les informations recueillies dans les rapports annuels. La quantité importante de rapports annuels qui s'échelonne sur une longue période constitue un autre aspect positif de ce corpus. Ces documents présentent par contre une limite importante, soit l'état fragmentaire de la collection de rapports. Tout comme pour les documents d'archives concernant l'Institut Bruchési, nous sommes conscients du biais qui peut se retrouver dans les documents qui ont été rédigés principalement par des médecins à l'idéologie réformiste. Nous avons tenté d'analyser le discours de cette institution et de ces acteurs et de le mettre en relation avec celui des autres institutions à l'étude.

### 1.3.3 Le dispensaire Herzl et l'Institut Baron de Hirsch

En ce qui concerne la population juive de Montréal, nous avons étudié des dossiers concernant le dispensaire Herzl, les services cliniques et les services de santé se trouvant aux archives du Congrès juif canadien. Ces archives contiennent des dossiers médicaux faisant le

suivi de patients tuberculeux à domicile. Ces dossiers individuels sont riches en information, contenant souvent une fiche d'identification et des feuilles du suivi effectué par le département de service social, avec des dates et des descriptions précises de faits ou d'événements. Sur 80 dossiers, nous en avons retenu 45. Nous avons utilisé les dossiers disponibles se rapportant à notre période, soit de 1930 à 1950. Les données qualitatives sur le logement, les finances familiales et le quotidien du patient et de sa famille vivant avec la tuberculose ont servi à illustrer les stratégies de survie des familles juives montréalaises dans cette situation. Nous avons aussi consulté des dossiers similaires sur les enfants ayant fréquenté le camp d'été B'nai B'rith afin de voir si les soins aux enfants différaient de ceux aux adultes.

Ces cas individuels constituent une richesse, mais comme ils sont uniques ils ne peuvent être directement comparés à d'autres documents et il a été difficile de généraliser à partir de ceux-ci. Nous constatons que ces dossiers ont été rédigés par des travailleuses sociales et que ce n'est donc pas la voix des patients qui est véhiculée dans ces documents. Nous avons tenté de séparer les opinions des faits et de comprendre les idéologies sous-jacentes au discours des travailleuses sociales.

Pour nous aider à mieux comprendre le travail antituberculeux dans la communauté juive, nous avons consulté des manuscrits relatant l'histoire du dispensaire Herzl et de l'Institut Baron de Hirsch de même que les rapports annuels des deux institutions. Le grand nombre de rapports nous permet de suivre l'évolution dans le temps, mais le changement d'appellation des institutions et du format des rapports rendent les comparaisons à travers le temps difficile. Nous remarquons d'ailleurs qu'en ce qui a trait aux rapports annuels des institutions des trois confessions, ceux du début du XX<sup>e</sup> siècle sont plus volumineux et détaillés que ceux qui se rapprochent de 1950. Ainsi, les rapports les plus récents contiennent moins d'informations qualitatives que souhaité pour permettre des comparaisons. Nous avons dû en tenir compte lors de nos analyses.

#### 1.3.4 La Commission scolaire de Montréal

Le fonds médical et d'hygiène scolaire des archives de la Commission scolaire de Montréal a aussi été consulté afin d'en savoir plus sur l'éducation et la propagande d'hygiène chez les enfants francophones. Des documents sur l'enseignement de l'hygiène aux enfants ont permis de montrer l'importance de ce sujet et de mieux comprendre les prescriptions faites aux enfants. Les cours sur l'hygiène contiennent une section sur les maladies contagieuses, ce qui est particulièrement intéressant pour nous. Le manuel sur l'hygiène a été analysé. Nous avons aussi étudié les saynètes et chansons sur l'hygiène préparées par le docteur Adrien Plouffe à des fins éducatives. Des dossiers contiennent aussi beaucoup d'informations sur les examens médicaux des élèves et des visites à domicile subséquentes. Amalgame de données quantitatives et qualitatives, ces documents présentent les efforts de propagande et les impacts sur la population écolière. Nous avons tenté de faire ressortir les points importants qui peuvent relier les enfants, l'éducation et la tuberculose.

#### 1.3.5 Autres documents d'archives

Un document disponible à Bibliothèque et Archives nationales du Québec a aussi contribué à notre étude. *Le Catéchisme de tuberculose*, un document pour les écoliers présente clairement les recommandations faites aux enfants. Nous avons tenté d'analyser les informations contenues dans ce document et de le mettre en lien avec le discours des institutions antituberculeuses et la réalité des familles pauvres. La principale force de ce document réside dans la représentativité de l'idéologie de l'époque où il a été rédigé. Toutefois, cette force est aussi une faiblesse dans le sens où il est difficile de savoir si ce document publié en 1908 a été distribué sur une longue période. Il est aussi difficile de connaître l'impact qu'a pu avoir ce document sur la population visée.

Pour en savoir plus sur les infirmières-visiteuses, nous avons consulté les archives du Victorian Order of Nurses qui se trouvent à l'organisme NOVA Montréal. Les rapports

annuels et les procès-verbaux des divers comités fournissent des informations sur l'organisation des soins à domicile offerts. Certaines publications du Victorian Order of Nurses décrivent précisément le travail de l'infirmière-visiteuse. Ces documents ont servi à esquisser la réalité des soins à domicile.

#### 1.3.6 Méthode

En résumé, nous avons eu recours à une grande variété de sources afin de répondre à nos questions de recherche et de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses. Ces sources sont plutôt de nature qualitative, quoique les rapports annuels des institutions contiennent certaines données quantitatives. Comme nos sources sont nombreuses et proviennent de différentes organisations, elles viennent sous des formes diverses, avec des contenus qui varient. Nous avons tenté de mettre en relation ces documents, malgré leurs différences. Certains éléments ne pourront être comparés à cause de la disparité du format et du contenu, ce qui constitue une des limites de ce travail. Dans ce mémoire, les analyses quantitatives ne sont pas nombreuses et servent plutôt de support pour l'analyse qualitative priorisée d'emblée. Plutôt que d'accorder une place prédominante à l'ampleur du problème et aux statistiques sur la tuberculose, nous avons opté pour l'expérience vécue. Nous constatons aussi que les chiffres donnés dans les rapports annuels des institutions sont choisis par ces institutions et peuvent servir à faire passer un message. Sans remettre en question la validité des statistiques recueillies, il ne faut pas passer sous silence la tendance qu'ont pu avoir les institutions à ne publier que les données qui feraient avancer leur cause. En effet, à des fins de financement, une institution aurait pu vouloir démontrer l'ampleur de la tâche qui reste à accomplir ou encore mettre de l'avant son efficacité. Nous avons tenté de déceler cette subjectivité. Par ailleurs, Louise Côté affirme que les statistiques sur la tuberculose du premier quart du XX<sup>e</sup> siècle et même jusqu'aux années 1940 peuvent être problématiques puisque les systèmes d'inscription des malades n'étaient pas nécessairement efficaces. Elle constate qu'au Québec et comme c'était le cas en France, plusieurs médecins ne déclaraient

pas des cas de tuberculose ou de mort par la maladie afin de ne pas nuire aux familles<sup>46</sup>. Ces propos contribuent à justifier notre usage prudent des statistiques.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous sommes conscients que nos sources proviennent de différentes institutions et que celles-ci en teintent le contenu. Néanmoins, comme la plupart de ces institutions affichent clairement leur couleur, il est souvent possible de distinguer les faits des impressions ou des opinions. Tout au long du mémoire, nous étudierons les discours présents dans les nombreuses sources utilisées. Cherchant à mieux comprendre le quotidien des familles ouvrières vivant avec la tuberculose, nous avons souvent eu à passer par les documents rédigés par les élites. Nous tenterons donc de faire ressortir les vues politiques et idéologiques de ces élites, tout en reconnaissant la part de bonne volonté présente dans le discours des médecins et des travailleuses sociales. Nous tâcherons enfin de mettre en lien ces discours et nos observations de la réalité des familles ouvrières.

#### 1.4 Conclusion

Ce chapitre démontre que notre mémoire s'inscrit dans plusieurs champs historiographiques. Cette étude contribue autant à l'histoire de la tuberculose, qu'aux recherches historiques sur la santé publique ou sur le rôle des femmes dans le foyer. Au cours des chapitres suivants, nous tenterons de répondre à la problématique suivante : comment les familles ouvrières montréalaises vivaient-elles avec la tuberculose dans leur foyer, entre 1900 et 1950? En analysant des sources provenant des communautés protestantes, catholiques et juives, nous élaborerons un portrait des soins à domicile des tuberculeux montréalais et de leur famille.

---

<sup>46</sup> Côté, *op. cit.*, p.44.

## CHAPITRE II

### RESSOURCES CONTRE LA TUBERCULOSE À MONTRÉAL

L'essor de la lutte antituberculeuse montréalaise et le développement d'un modèle de traitement pour les tuberculeux sont liés au mouvement hygiéniste et aux réformistes. La lutte pour un meilleur environnement<sup>1</sup> ne peut être dissociée de la lutte antituberculeuse et cette idée est mise de l'avant dans la majorité des ouvrages des historiens ayant étudié l'histoire de la tuberculose. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, ces deux combats vont de pair.

Par exemple, Claudine Pierre-Deschênes a analysé la Commission Royale de la tuberculose de 1910 en abordant le rôle des réformistes, ces partisans d'un mouvement de réforme sociale de la classe moyenne voulant alléger les problèmes de pauvreté et d'hygiène causés par l'industrialisation et l'urbanisation amenés par la Révolution industrielle<sup>2</sup>.

Des historiens ont aussi étudié le rôle des hygiénistes dans la lutte antituberculeuse. Katherine McCuaig dresse un portrait assez complet de la lutte antituberculeuse au Canada dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle et observe qu'au Québec la mortalité infantile est plus

---

<sup>1</sup> Le terme environnement peut avoir plusieurs définitions. Dans ce mémoire l'environnement fait référence aux structures physiques découlant de l'urbanisation et de l'industrialisation de même qu'aux facteurs naturels comme le climat et la qualité de l'air. Le terme englobe donc la densité de l'espace urbain, le bâti et la salubrité ou l'insalubrité de la ville, tels que perçu par ces habitants et ces dirigeants. Voir : Stéphane Castonguay et Michèle Dagenais (dir.), *Metropolitan Natures : Environmental Histories of Montreal*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2011, p.10.

<sup>2</sup> Claudine Pierre-Deschênes, *La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1980, p.8-13.



élevée alors que l'implication de l'État est moindre. De même, elle affirme que le Québec est en décalage par rapport au reste du Canada au niveau du développement des soins pour les tuberculeux<sup>3</sup>. Cette thèse d'un retard au Québec est toutefois réfutée dans l'historiographie sur la santé publique.

En effet, même si la situation de la santé des Montréalais est plus précaire que celle de ses contemporains occidentaux, plusieurs historiens affirment que la ville est ouverte aux changements et suit la chronologie des autres villes industrialisées. Peter Keating et Othmar Keel sont de cet avis dans *Santé et société au Québec, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*<sup>4</sup>, tout comme François Guérard dans *Histoire de la santé au Québec*<sup>5</sup>. Dans ces deux ouvrages, les auteurs s'entendent pour dire que les particularités économiques, sociales, culturelles et nationales font en sorte que les services de santé au Québec se développent, se transforment et se modernisent dans des conditions particulières. Alors que Terry Copp met l'accent sur la spécificité de Montréal et sur ce qui y était pire qu'ailleurs dans son étude de la classe ouvrière montréalaise au début du XX<sup>e</sup> siècle (comme la pauvreté et la grande taille des familles<sup>6</sup>), les études plus récentes tentent d'analyser la ville dans un contexte nord-américain ou international pour en distinguer les points communs. On conclut que Montréal suit les grandes tendances observables ailleurs au Canada, en Grande-Bretagne, en France et aux États-Unis au niveau du développement de la santé publique. Parmi toutes les influences occidentales qui teintent le contexte québécois, ce serait l'influence américaine qui serait la plus marquante. Sans nier l'évolution de la province et de la ville, notre étude avance

---

<sup>3</sup> Katherine McCuaig, *The Weariness, the Fever, and the Fret: The Campaign against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999, p.245.

<sup>4</sup> Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec: XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, Montréal, Boréal, 1995, p.32-33.

<sup>5</sup> François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p.120-121.

<sup>6</sup> Terry Copp, *The Anatomy of Poverty: The Condition of the Working Class in Montreal 1897-1929*, Toronto, McClelland and Stewart, 1974, passim.



l'hypothèse de la spécificité de Montréal et de son contexte médical et social ayant mené à l'élaboration d'un système singulier pour contrer la tuberculose.

Ce mémoire soutient que le traitement de la tuberculose à Montréal revêt ce caractère singulier entre 1900 et 1950, dans la mesure où une grande partie des tuberculeux sont traités à domicile. Ceci est dû au système de dispensaire instauré dans la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle dont il sera question dans ce chapitre. Nous sommes d'accord avec Katherine McCuaig lorsqu'elle affirme que Montréal est le cas exemplaire de soins externes des malades, car les pauvres de la ville ne peuvent pas se permettre de quitter la maison pour faire un séjour au sanatorium. Elle note que de toute façon, il n'y a pas de sanatorium disponible pour les malades au cours de la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle<sup>7</sup>. Plusieurs historiens ont d'ailleurs étudié la tuberculose en Amérique du Nord dans le contexte du sanatorium<sup>8</sup>. Notre étude se distingue en examinant plutôt les soins à domicile de tuberculeux qui vivent la maladie dans leur foyer et avec leur famille. Si cette maladie n'épargne aucune catégorie de personnes, les pauvres sont les plus atteints. Ceci est lié aux conditions sanitaires et hygiéniques des quartiers ouvriers qui sont considérés comme des nids de contamination<sup>9</sup>. Nous concentrerons notre mémoire sur ces familles ouvrières qui sont particulièrement éprouvées par la maladie et qui utilisent principalement les mesures de santé gratuites.

---

<sup>7</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.29.

<sup>8</sup> Voir entre autres les ouvrages suivants : Georgina D. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick, N.J, Rutgers University Press, 1995, 274p. ; Katherine Ott, *Fevered Lives: Tuberculosis in American Culture since 1870*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1996. 242p.; Sheila M. Rothman, *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*, New York, BasicBooks, 1994, p319. ; Barbara Bates, *Bargaining for Life: A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1992, 435p. ; Louise Côté, *En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2000, 318p.

<sup>9</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.7.

Dans ce chapitre, nous analyserons la méthode de traitement privilégiée à Montréal, le dispensaire antituberculeux, dans le but de faire le portrait des soins à domicile des tuberculeux dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Après avoir proposé un survol de la situation particulière de la maladie dans la ville, nous verrons ce qui mène à la création de la Ligue Antituberculeuse de Montréal, puis à la mise sur pied d'un premier dispensaire. Nous examinerons ensuite le fonctionnement de ce type d'établissement médical, leurs acteurs et les principales institutions offrant des soins aux tuberculeux dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Nous verrons plus particulièrement comment les Protestants, les Catholiques et les Juifs de Montréal organisent la lutte antituberculeuse au sein de leurs propres institutions.

## 2.1 Début de la lutte antituberculeuse à Montréal

Durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les maladies infectieuses et contagieuses abondent dans la ville de Montréal. La tuberculose est une de ces maladies qui touchent de nombreux Montréalais et qui constitue un grave problème de santé publique. Terry Copp décrit ce problème comme venant au deuxième rang en termes d'importance, suivant de près celui de la mortalité infantile. En comparant la situation dans les deux plus grandes villes canadiennes de l'époque, Montréal et Toronto, l'historien démontre que la tuberculose a nettement plus d'ampleur dans la métropole québécoise que dans la capitale ontarienne. Copp affirme que le taux de mortalité par tuberculose est trois fois plus élevé à Montréal qu'à Toronto dans les années 1920. Il explique que cet écart est dû à l'implication et l'appui financier du gouvernement municipal dans l'organisation de la lutte antituberculeuse torontoise, qui est présent dès le premier quart du siècle. Alors que le taux de mortalité de la tuberculose chute partout en Amérique du Nord, celui-ci stagne à Montréal. Terry Copp prétend que le manque d'implication étatique empêche la ville de développer une campagne

antituberculeuse centralisée<sup>10</sup>. En pareil contexte, améliorer le sort des citoyens les moins nantis s'avère une mission difficile.

La situation de la tuberculose est particulièrement désastreuse à Montréal. En effet, au début des années 1900, il n'y a pas moins de 700 morts par tuberculose chaque année, ce qui signifie une moyenne de deux morts par jour. Comme les médecins évaluent que la tuberculose pulmonaire dure en moyenne trois ans à cette époque, cela signifie qu'il y a environ 2000 cas actifs de tuberculose à Montréal à tout moment<sup>11</sup>. La situation est dramatique. En 1910, c'est presque 50 % des tuberculeux qui meurent des suites de la maladie<sup>12</sup>.

De tels chiffres rendent l'idée de la mise en place d'un sanatorium dans la ville irréaliste. Il faudrait construire un grand établissement, avec au moins 300 lits, un scénario qui serait très dispendieux et qui accommoderait seulement 15 % des tuberculeux de Montréal. Les spécialistes de la maladie s'entendent sur le fait que l'air frais et une alimentation saine sont les essentiels de la cure<sup>13</sup>, mais il faut trouver une méthode qui convient mieux à la situation spécifique de la ville. C'est dans cette optique que nous affirmons que le contexte particulier de Montréal mènera au développement d'une lutte antituberculeuse orientée sur le système de dispensaire.

---

<sup>10</sup> Copp, *op. cit.*, p.100-103.

<sup>11</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1903-1904, p.5.

<sup>12</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1910, p.25.

<sup>13</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1903-1904, p.5, 7,

### 2.1.1 Mise sur pied de la Ligue Antituberculeuse de Montréal

C'est la mise sur pied de l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose, en 1900, qui donne le coup d'envoi à l'offensive contre la maladie au pays. Cette dernière mène à la formation de la Ligue antituberculeuse de Montréal en 1902, ainsi que d'autres ligues dans les principales métropoles du Canada<sup>14</sup>. Elle réunit les acteurs de la lutte antituberculeuse montréalaise qui souhaitent agir face à la situation alarmante dans la ville. Les principaux militants de cette organisation sont les médecins.

Yves Lajoie affirme que puisqu'il n'y a pas de réel traitement connu pour soigner la tuberculose, à part l'air frais et l'alimentation abondante, l'éducation et la propagande sanitaires sont les objectifs dominants des membres fondateurs. Ils comptent sur la vulgarisation et l'éducation pour réduire la contagion. Ils souhaitent aller vers le peuple et chez les familles, mais la tâche se révèle souvent difficile. L'historien indique que les familles ne vont pas crier haut et fort qu'elles sont touchées par un ou des cas de tuberculose, car elles ont peur d'être mal perçues et stigmatisées par cette étiquette dans leur communauté<sup>15</sup>. Nous constatons que ce n'est pas pour rien que la tuberculose est désignée comme la « peste blanche ». À une époque où l'on connaît mal sa cause et sa transmission, la maladie fait aussi peur que la peste et marque au fer les personnes atteintes, à l'instar de celles souffrant de la peste à des époques antérieures.

Au départ, la Ligue s'interroge sur les problèmes sociaux en lien avec la tuberculose. Les membres discutent par exemple de questions légales en constatant différents problèmes hygiéniques qui contribuent à la propagation de la maladie. Le comité législatif se penche sur des lois qui pourraient être établies. Il est question d'une loi « anti-crachat » et d'une interdiction de vider les crachoirs de salons et de bars sur les trottoirs le matin. Les médecins

---

<sup>14</sup> Pierre-Deschênes, *op. cit.*, p.104.

<sup>15</sup> Yves Lajoie, *Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose (1911-1945)*, Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 2003, p.28.

de la Ligue Antituberculeuse de Montréal rattachent aussi cette question à la contagion familiale. Ils affirment que les dispensaires exhortent les malades à brûler leurs crachats, mais que dans 44 % des cas les gens continuent de mettre leur famille à risque en ignorant les recommandations des médecins et infirmières<sup>16</sup>. Alors que les médecins parlent d'habitudes nonchalantes et de styles de vie néfastes qui contribuent à infecter les membres d'une même famille, nous croyons qu'il s'agit plutôt de conditions et d'environnements qui excluent souvent un choix conscient de la part des familles. L'historienne Louise Côté mentionne l'importance de la poussière et des crachats pour les médecins au tournant du siècle. Elle décrit comment les théories miasmatiques et infectionnistes, promues par les hygiénistes de l'époque, mettent de l'avant les propriétés contagieuses de la poussière. Crachats et poussières sont associés et l'aspiration d'un air devenu pathogène à cause de ceux-ci est désignée responsable de la propagation de la maladie<sup>17</sup>.

La Ligue est aussi interpellée par la stérilisation du lait, qui est malheureusement souvent contaminé<sup>18</sup>. À ce sujet, Katherine McCuaig affirme que le lait<sup>19</sup> est parmi les sources bactériennes de contamination contre lesquelles les organisations antituberculeuses se lèvent au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, tout comme la poussière et les crachats. Il est donc logique que les acteurs de la lutte antituberculeuse s'impliquent dans la campagne canadienne de purification du lait, qui prend son envol en 1908. La campagne a pour but de rendre accessible le lait pasteurisé afin de prévenir et de guérir les maladies infectieuses<sup>20</sup>. Terry

---

<sup>16</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1904, p.13.

<sup>17</sup> Louise Côté, *En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Intercultures», 2000, p.56-58.

<sup>18</sup> Ligue Anti-Tuberculeuse de Montréal, *Minutes of the Committees*, Montréal, décembre 1903 à décembre 1908.

<sup>19</sup> Nous reviendrons sur la question du lait au chapitre IV, alors que nous aborderons l'enfance, puisqu'elle est aussi associée de près au problème de la mortalité infantile.

<sup>20</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.10, 159.

Copp aborde lui aussi le problème de la pureté du lait, spécifiquement dans le contexte montréalais. Il affirme qu'en 1914, 90 % du lait disponible à Montréal est impropre à la consommation humaine<sup>21</sup>. La Ligue Antituberculeuse s'intéresse donc à des problèmes qui touchent de près la ville de Montréal et la santé publique. Nous constatons que les origines réformistes des membres de la Ligue justifient d'autant plus cet intérêt pour l'administration municipale<sup>22</sup>.

La Ligue pousse son œuvre vers des actions encore plus concrètes lorsqu'elle ouvre une clinique en 1903, puis un dispensaire l'année suivante. La mise sur pied d'un premier dispensaire antituberculeux ouvre la porte à une méthode de traitement qui devient rapidement généralisée à Montréal. Dans ces lieux, on diagnostique, on offre des soins et on fait le suivi des malades. De plus, on envoie des inspecteurs et des infirmières à domicile pour sonder la condition sanitaire, mais aussi pour faire la distribution de feuillets informatifs, de crachoirs, de vêtements et de nourriture pour les pauvres. Ils procèdent aussi à la désinfection des logements<sup>23</sup>. C'est là le début d'un système qui va être perfectionné au cours des décennies suivantes.

La Ligue Anti-Tuberculeuse érige aussi un petit sanatorium à Ste-Agathe-des-Monts en 1908. D'abord établi sous le nom de *The Laurentian Society for the Treatment and Control of Tuberculosis*, cette nouvelle institution peut accueillir sept patients. Prenant de l'expansion elle devient le Laurentian Sanatorium en 1911<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> Copp, *op. cit.*, p.97.

<sup>22</sup> Linteau, Durocher et Robert parlent des associations réformistes en politique municipale. Voir : Paul-André Linteau, René Durocher, and Jean-Claude Robert. *Histoire du Québec contemporain : De la Confédération à la crise (1879-1929)*, tome I, Montréal, Boréal, 1989, 657p.

<sup>23</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1903-1904, p.7, 11.

<sup>24</sup> Document des archives du Centre universitaire de santé McGill, *Liste chronologique des « Early Canadian Sanatoriums »*, 12 juillet 1969.

Une des actions les plus importantes de la Ligue Anti-Tuberculeuse de Montréal, après la mise sur pied du premier dispensaire, est sans aucun doute l'organisation de l'exposition antituberculeuse de Montréal de 1908. Comme le constate Yves Lajoie, ce grand événement est planifié dans un esprit de propagande, de façon à alarmer la population et les autorités de l'ampleur du fléau de la tuberculose. L'exposition attire plus de 50 000 personnes entre le 18 et le 29 novembre 1908<sup>25</sup>. On y discute autant de l'aspect scientifique que de l'aspect plus social et hygiénique de la maladie. Des infirmières du *Victorian Order of Nurses*, collaboratrices de la Ligue, sont présentes en tout temps pour donner de l'information et faire des démonstrations<sup>26</sup>. Avec cet événement, nous voyons poindre la philosophie qui va inspirer toute la lutte antituberculeuse montréalaise, c'est-à-dire la primauté de l'éducation de la population afin de réduire les dégâts causés par la tuberculose.

Sans diminuer l'impact positif de la Ligue sur l'organisation de cette lutte, nous devons analyser le discours de cette organisation. C'est ce que fait Valerie Minnett dans son étude du message que la Ligue tente de véhiculer à travers l'exposition antituberculeuse de Montréal. Elle montre que l'éducation est centrale et que la Ligue veut propager la notion que la tuberculose peut être soignée et évitée. Minnett démontre aussi qu'en insistant sur l'espace domestique et l'aspect non hygiénique des maisons montréalaises, l'exposition contribue à renforcer et à confirmer la croyance de la classe moyenne qui veut que la classe ouvrière soit responsable de la propagation de la maladie en ville. Elle affirme que les notions transmises par le biais de l'éducation sont irréalistes pour les familles pauvres<sup>27</sup>. Ces propos s'accordent avec le point de vue proposé dans le cadre de ce mémoire. Nos sources ayant été rédigées par la

---

<sup>25</sup> Lajoie, *op. cit.*, p.30-31.

<sup>26</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1908, p.12.

<sup>27</sup> Valerie Minnett, « Disease and Domesticity on Display: The Montreal Tuberculosis Exhibition, 1908 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 23, 2 (2006) : *passim*.

Ligue ou par ses alliés, la mise en valeur de l'éducation est le principal vecteur du message réformiste.

Le travail de la Ligue mène à la création de la Commission royale d'enquête sur la tuberculose, qui étudie la tuberculose et tente de trouver des moyens de la combattre au Québec. Dans la foulée de l'exposition de l'année précédente, la Commission provinciale de 1909 présente un bilan alarmiste de la situation, visant à donner une image frappante, voire exagérée de la situation pour obliger le gouvernement à agir ou du moins à considérer le problème tuberculeux<sup>28</sup>. Nous avons d'ailleurs exposé certains des résultats de la Commission au début du chapitre. Le rapport et ses recommandations ne seront pas suivis par l'État. Malgré tout, le rapport permet de sensibiliser pour la première fois les gouvernements et l'opinion publique face à la situation critique de la tuberculose. En attendant l'implication des gouvernements dans la lutte antituberculeuse, la Ligue montréalaise développe son plan d'action grâce aux dons de souscripteurs et au dévouement de ses membres qui agissent souvent sur une base bénévole.

#### 2.1.2 Évolution des connaissances et du traitement de la tuberculose

Tel que mentionné précédemment, la campagne antituberculeuse de Montréal favorise le dispensaire comme méthode de traitement de la maladie. Ce choix se distingue des orientations de la campagne canadienne qui elle, favorise le sanatorium. L'étude de ce type de traitement confère à notre mémoire sa spécificité. Afin de mieux saisir la particularité de la campagne montréalaise, il est essentiel de la situer par rapport au déploiement de la lutte au Canada entre 1900 et 1950.

---

<sup>28</sup> Pour plus d'informations sur la Commission royale de la tuberculose, voir Claudine Pierre-Deschênes.



### 2.1.2.1 Survol de l'évolution de la campagne antituberculeuse

Au début de la période étudiée, les spécialistes connaissent mal la maladie et il faut attendre la fin des années 1940 pour voir apparaître un traitement de la tuberculose réellement efficace, c'est-à-dire les antibiotiques. Au début du siècle, le dépistage, la prévention et l'isolement sont les moyens les mieux reconnus et préconisés pour lutter contre la tuberculose. Malgré l'évolution des connaissances bactériologiques et la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch en 1882<sup>29</sup>, les spécialistes ignorent encore beaucoup de choses sur la maladie au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. La situation est davantage préoccupante pour les gens qui ne font pas partie du corps médical. Il faut du temps pour que les mentalités changent<sup>30</sup>.

Certaines personnes croient encore que la tuberculose est héréditaire, voyant qu'il y a souvent cooccurrence de la maladie dans une famille. Rapidement, les médecins tentent de changer les perceptions en exposant la nature contagieuse de la maladie. Ils parlent plutôt d'infection familiale qui se propage par le contact direct des membres d'une famille dans un même logement<sup>31</sup>. L'aspect contagieux de la maladie dicte ainsi le contenu des campagnes de prévention afin de détruire le mythe de l'hérédité.

Les réformistes s'attaquent aux causes bactériologiques de la maladie, mais aussi aux causes sociales. L'historienne Georgina Feldberg explique bien l'analogie de « la graine et la terre » qui réconcilie l'approche sociale avec la découverte du bacille tuberculeux de Koch.

---

<sup>29</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.4.

<sup>30</sup> Pour plus d'informations sur la transformation des mentalités après l'arrivée des théories bactériologiques, voir : Nancy Tomes, *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1998, 351p.

<sup>31</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *Second Annual Report*, Montréal, 1905, p.8.

Le bacille est la graine à l'origine de la maladie tandis que l'environnement et le comportement sont la terre qui contribue à son développement<sup>32</sup>. Cette perception de la tuberculose domine les quinze premières années du siècle, alors que la campagne antituberculeuse s'organise au Canada. Elle est le fruit du travail des réformistes, car les gouvernements, quoique conscients de l'ampleur du problème de la tuberculose, refusent de s'impliquer. L'appui des gouvernements municipal et provincial arrive en 1916 à l'Institut Bruchési<sup>33</sup> et un rapport du Royal Edward Institut, cité par Katherine McCuaig, indique que le département de la santé de la Ville ne met pas sur pied d'actions concrètes dans la lutte, même en 1930, préférant subventionner des organismes privés<sup>34</sup>. Le gouvernement provincial ne semble pas plus généreux. L'historienne démontre que le début du siècle est donc caractérisé par l'absence de l'État, mais aussi par l'établissement des principes de la cure qui consiste d'air frais, d'une bonne alimentation et de repos. McCuaig affirme qu'alors que le traitement sanatorial est privilégié dans l'ensemble du Canada, le Québec choisit le dispensaire, car il est moins dispendieux et plus accessible<sup>35</sup>.

L'ouvrage de McCuaig sur la lutte antituberculeuse canadienne nous permet de comprendre l'évolution de la campagne antituberculeuse montréalaise. Elle y explique qu'après la Grande Guerre, la campagne antituberculeuse s'est spécialisée et organisée, faisant de l'éducation son cheval de bataille. Les médecins ont repris le flambeau des réformistes et de nouveaux traitements sont élaborés (pneumothorax, héliothérapie, etc.). Le rôle de chacun des acteurs de la lutte, incluant les infirmières et les médecins, est défini

---

<sup>32</sup> Georgina D. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick, N.J, Rutgers University Press, 1995, p.82

<sup>33</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.47-48, 15. Cette collaboration vient sous formes de subventions et de collaboration, avec le chef du Bureau d'hygiène municipal de la Ville de Montréal, le Dr Séraphin Boucher, qui joint le Bureau de Direction de l'Institut Bruchési.

<sup>34</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.118-119.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p.138-139, 36, 28.

d'avantage. C'est la période où le gouvernement commence à subventionner les institutions antituberculeuses mises sur pied au début du siècle<sup>36</sup>.

À l'approche de la Deuxième Guerre mondiale, l'accessibilité des radiographies miniatures à coût moindre facilite le diagnostic de la maladie. C'est ici que, tel que mentionné plus haut, la perception de la tuberculose comme maladie sociale avec un aspect médical est remplacée par celle d'une maladie médicale avec un aspect social. Si les taux de mortalité et de prévalence de la maladie diminuent généralement au Canada, la situation demeure critique au Québec, faute de financement adéquat<sup>37</sup>.

De réels changements commencent finalement à poindre dans les années 1940. Le gouvernement québécois adopte une loi en 1946 pour combattre la tuberculose. Avec celle-ci viennent des fonds qui servent à équiper les hôpitaux, à la construction de sanatoriums, au diagnostic, à la formation des spécialistes et à l'hospitalisation des patients. Le taux de mortalité lié à la tuberculose diminue enfin au Québec, mais il demeure encore plus élevé qu'ailleurs au Canada. L'arrivée des antibiotiques en 1947, de pair avec le traitement généralisé des malades dans des sanatoriums, permet enfin de maîtriser la maladie au Québec<sup>38</sup>. D'autres facteurs contribuent à expliquer l'amélioration de la santé des Québécois. Katherine McCuaig mentionne entre autres l'amélioration du niveau de vie et les changements socioéconomiques<sup>39</sup>. Somme toute, force est de convenir qu'il aura fallu pas moins de quatre décennies avant que les tuberculeux montréalais ne reçoivent un traitement semblable à ceux du reste du Canada.

---

<sup>36</sup> *Ibid.*, p.54-55.

<sup>37</sup> *Ibid.*, p.104-106.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p.204-205.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p.225-228.

La situation singulière de Montréal, caractérisée par le sous-financement et le manque d'implication de l'État de même que par l'organisation de la lutte antituberculeuse autour d'institutions privées, justifie, rappelons-le, le choix du système de dispensaire pour traiter les tuberculeux. Ce système différencie Montréal du reste du pays en ce qui a trait au traitement de la maladie. Cette méthode qui favorise les soins à domicile se développe dès le début des années 1900 et va s'inspirer des modèles européens. La notion du traitement à domicile de la tuberculose est prépondérante dans notre mémoire. Comme il s'agit d'une perspective qui n'a pas été développée par les historiens, cette mise en relief des soins à domicile contribue à enrichir l'historiographie existante.

#### 2.1.2.2 Développement d'un traitement pour la tuberculose à Montréal

Quoique la communauté juive de Montréal préconise la cure sanatoriale<sup>40</sup>, la méthode du dispensaire pour soigner une large population à peu de frais gagne en popularité chez les médecins catholiques et protestants montréalais au début du XX<sup>e</sup> siècle. Le concept de dispensaire provient de France<sup>41</sup>. Par contre, l'idée du dispensaire antituberculeux tire ses origines d'Édimbourg, ville où le Dr. Robert Philip a mis sur pied la première institution de ce genre en 1887. Comme il n'existe aucun moyen pour guérir la tuberculose à cette époque, les efforts sont concentrés sur la prévention et le dépistage. Le dispensaire Victoria d'Édimbourg sert de centre de diagnostic et de signalement des cas de tuberculose ainsi que de lieu de traitement et de conseil. Le dispensaire emploie des infirmières-visiteuses qui se

---

<sup>40</sup> Les médecins de l'Institut Baron de Hirsch énoncent rapidement que selon eux, la seule solution efficace pour soigner la tuberculose est le sanatorium. Du même fait, ils planifient rapidement la mise sur pied d'un sanatorium. Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society, *Annual Report*, Montréal, 1907, p.13; *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1910, p.20; *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1913, p.11.

<sup>41</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, 1903-1904, Montréal, p.6.

rendaient au domicile des malades pour offrir des soins, mais aussi pour identifier d'autres cas de tuberculose dans la famille et prodiguer des conseils sur la prévention de la maladie et sur les conditions de vie idéales.

Le dispensaire écossais offre des traitements différents selon le stade de la maladie du patient. Les tuberculeux dans les première et deuxième phases de la maladie sont envoyés au sanatorium, lorsque possible, pour être exposés au grand air et au soleil. À l'époque, on croit que cela va arrêter le développement de la maladie. Les patients guéris ou en voie de guérison sont envoyés dans des colonies situées sur des fermes à la campagne. Là-bas, les patients peuvent recommencer à travailler au grand air, profitant de conditions environnementales plus saines que celles de la ville où ils ont contracté la maladie. Les tuberculeux en troisième phase sont envoyés dans des hôpitaux dans le but de les retirer de leurs conditions de vie, souvent entassés et à l'étroit, et par le fait même protéger la famille de la contagion. Dès ses premières années d'existence, ce schème démontre son efficacité en diminuant le taux de mortalité par tuberculose, passant de 190 par 100 000 en 1887, à 107 par 100 000 en 1910 et même à 80 par 100 000 en 1920<sup>42</sup>. Cette méthode, déjà adoptée à Philadelphie, inspire donc la Ligue dans la mise sur pied d'un premier dispensaire dans la ville.

Les spécialistes montréalais de la lutte sont convaincus que la méthode la plus efficace pour traiter un nombre relativement élevé de patients tuberculeux, en obtenant les meilleurs résultats et en ayant les dépenses les plus modérées, est celle du dispensaire. Un premier dispensaire antituberculeux voit donc le jour rapidement à Montréal. Inspiré du schème d'Édimbourg, le développement du modèle d'un tel établissement hospitalier est adapté aux besoins des tuberculeux montréalais et aux moyens disponibles.

Le type de traitement de la tuberculose adopté à Montréal se distingue par l'ampleur des soins qui se font à domicile. Les patients vont au dispensaire pour se faire diagnostiquer

---

<sup>42</sup> « Tales from the Archives, Treatments for Tuberculosis - The Edinburgh Scheme », *Lothian Health Services Archive*, <<http://www.lhsa.lib.ed.ac.uk/exhibits/tales/tuberculosis.html>> (13 avril 2011).

ou traiter, puis ils retournent à la maison pour y vivre leur convalescence. Lors de la visite au dispensaire ou par l'intermédiaire d'infirmières et d'inspecteurs-visiteurs, les patients reçoivent de l'éducation sur le mode de vie à privilégier et sur la prévention de la propagation de la maladie. Ils obtiennent des vêtements chauds ou des aliments lorsque nécessaires, parce que les médecins sont conscients qu'il peut être difficile de se procurer des œufs ou du lait dans certains quartiers de Montréal. La misère et la pauvreté qui existent dans la ville justifient le développement du travail de secours dès les débuts de la lutte antituberculeuse. Même si la tuberculose n'épargne personne, déjà les intervenants font le lien entre la pauvreté et la maladie<sup>43</sup>.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, il n'existe pas de sanatorium où envoyer les malades dans les stades précoces de la maladie, principalement à cause de l'insuffisance de fonds publics<sup>44</sup>. Il n'existe aussi aucun lieu spécifique pour héberger les tuberculeux à Montréal avant 1926<sup>45</sup>, et les malades sont donc forcés d'être traités à la maison. Pour les cas de tuberculose avancée, il y a la possibilité d'être admis dans un hôpital pour incurables, mais le nombre de lits réservés est limité à cinquante<sup>46</sup>. C'est donc le rôle du dispensaire d'aider les malades à domicile et de tout faire pour tenter de les guérir et de prévenir la propagation<sup>47</sup>.

---

<sup>43</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, 1903-1904, Montréal, p.6-11.

<sup>44</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.29.

<sup>45</sup> Archives Providence, *Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville, Centre anti-tuberculeux*, 1941, p1.

<sup>46</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.17

<sup>47</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, 1903-1904, Montréal, p.8-9.

## 2.2 Dispensaires antituberculeux montréalais et soins à domicile

Les membres de la Ligue Antituberculeuse sont conscients que la contagion est plus faible lorsque les malades sont institutionnalisés, mais la méthode choisie du dispensaire permet d'aider le plus grand nombre de gens. Plusieurs dispensaires sont donc mis sur pied par des groupes représentant les principales confessions religieuses de Montréal au début de la période étudiée. Ainsi, le *Royal Edward Institute*, l'Institut Bruchési, l'Institut Baron de Hirsch et le dispensaire Herzl desservent les Montréalais tuberculeux de 1900 à 1950.

La méthode du dispensaire est fondée sur deux principes qui justifient son utilisation. D'abord, les médecins croient qu'il n'est pas nécessaire pour les tuberculeux dans les premiers stades de la maladie de quitter la maison. En second lieu, les médecins affirment que les patients peuvent être éduqués afin de ne pas être un danger pour leur environnement et leur famille<sup>48</sup>. À ses débuts, le dispensaire a deux fonctions principales. Premièrement, les médecins y examinent et y traitent les patients externes. Dans les premières années, ils ne soignent que les patients atteints de tuberculose pulmonaire ou ceux à un stade très précoce de la maladie, soit des cas où la maladie peut être éradiquée à l'aide de traitements préventifs. Deuxièmement, on procède à l'éducation des patients, au contrôle et aux soins à domicile. Ce second aspect est principalement l'œuvre d'infirmières-visiteuses et d'un inspecteur de la Ville. Le travail concerté des différents acteurs du dispensaire est essentiel au bon fonctionnement du système.

### 2.2.1 Rôle du médecin, de l'inspecteur et de l'infirmière

Le rôle du médecin est d'examiner, de diagnostiquer et de soigner. Ce travail s'effectue essentiellement au dispensaire. Il arrive toutefois que certains médecins visitent

---

<sup>48</sup> *Ibid.*, p.7.

des malades alités à domicile, surtout lors des premières années d'existence des dispensaires montréalais. Ces visites leur permettent souvent d'identifier d'autres malades ou des cas suspects<sup>49</sup>. Le médecin doit signaler tous les cas qu'il diagnostique, car, tel que le souligne Louise Côté, « la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis la Loi de l'hygiène publique de 1901<sup>50</sup>. » Cette loi est par contre appliquée de façon discrétionnaire par certains médecins, qui passent des cas sous le silence au cours des premières décennies du siècle ou encore, dissimulent la cause du décès pour ne pas nuire aux familles<sup>51</sup>. Dans certaines circonstances, d'autres médecins, indépendants du dispensaire, signalent les cas de tuberculeux dans leur pratique et demandent à leurs patients de se présenter dans un dispensaire antituberculeux pour qu'ils obtiennent les soins adéquats<sup>52</sup>.

La formation des médecins est importante pour les différents dispensaires. Les institutions s'assurent que les médecins soient au courant des nouvelles découvertes sur la maladie via un cours de perfectionnement adapté à eux. Une chaire de phtisiothérapie à l'Université Laval de Montréal, mise sur pied au début des années 1910, démontre la place prépondérante de l'éducation dans la lutte antituberculeuse, et ce, à tous les niveaux<sup>53</sup>. Les médecins sont aussi amenés à partager leurs connaissances, en faisant des conférences et des campagnes de propagande au sein de leur institution<sup>54</sup>. Les institutions antituberculeuses

---

<sup>49</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.30-31, 49.

<sup>50</sup> Côté, *op. cit.*, p.47.

<sup>51</sup> *Ibid*, p.47, 44.

<sup>52</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, 1903-1904, p.7.

<sup>53</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.14.

<sup>54</sup> *Ibid*, p.13.



misent donc sur l'éducation de leurs membres, de leurs patients et de la population montréalaise<sup>55</sup>.

De leur côté, les inspecteurs ont pour tâche de visiter les familles tuberculeuses et les cas soupçonnés de tuberculose, de distribuer des crachoirs et de la documentation, et de désinfecter les maisons<sup>56</sup>. Les visites sont d'abord hebdomadaires, et elles permettent à la Ville de recueillir des statistiques<sup>57</sup>. On compte un ou deux inspecteurs par dispensaire. Les inspecteurs participent à l'éducation antituberculeuse des malades et de leur famille, émettant des recommandations sur la propreté du logis, l'hygiène personnelle et la fréquentation du dispensaire<sup>58</sup>. Le travail est substantiel pour les inspecteurs, étant donné leur nombre restreint et l'ampleur du fléau à Montréal. Les infirmières-visiteuses font donc un travail complémentaire à celui des inspecteurs, allant même jusqu'à les remplacer après 1916, année où la Ville cesse de fournir des inspecteurs aux dispensaires<sup>59</sup>.

Les infirmières, dont celles de l'Institut Bruchési sont des religieuses des Sœurs de la Providence jusqu'en 1925, ont plusieurs tâches. Parmi leurs multiples tâches, la principale consiste à visiter les malades à domicile. Elles prodiguent des soins aux malades sous l'instruction du médecin. Par exemple, elles font des pansements aux patients venant de subir une chirurgie<sup>60</sup>. Elles distribuent aussi des conseils et des informations, orales et écrites, sur

---

<sup>55</sup> Nous adresserons plus en détail l'éducation des tuberculeux au chapitre 3 et l'éducation des enfants au chapitre 4.

<sup>56</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.31.

<sup>57</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *Second Annual Report*, Montréal, 1905, p.13.

<sup>58</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.13.

<sup>59</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.54.

<sup>60</sup> *Id.*, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.8.

les soins et la prévention de la tuberculose<sup>61</sup>. Le rôle de l'infirmière étant très important pour le dispensaire, la formation de celle-ci l'est tout autant. C'est pourquoi l'Institut Bruchési crée un cours de garde-malade en 1915<sup>62</sup>.

Chaque institution emploie des infirmières et il existe un organisme indépendant d'infirmières qui offre des soins de santé à domicile dans la communauté montréalaise depuis 1898. Il s'agit des infirmières du Victorian Order of Nurses<sup>63</sup>. Ces infirmières travaillent de façon autonome, effectuant des soins à domicile après avoir été recommandées par un médecin. Elles prennent soin de presque tous les types de malades. Dans le cas de la tuberculose, elles vont principalement offrir des soins aux tuberculeux avancés. Il arrive que l'Institut Bruchési ou le *Royal Edward Institute* réfèrent des cas aux infirmières du VON<sup>64</sup>. Éventuellement, quelques infirmières travaillent directement pour le dispensaire Herzl<sup>65</sup> ou celui du *Royal Edward Institute*<sup>66</sup>. En 1911, trois infirmières du VON oeuvrent exclusivement dans le dossier de la tuberculose. Deux d'entre elles sont affectées au *Royal Edward Institute* et soignent les patients à domicile, leur enseignant à tirer avantage du traitement reçu au dispensaire<sup>67</sup>.

---

<sup>61</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.31.

<sup>62</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.7.

<sup>63</sup> Dans le reste du mémoire, nous référerons au Victorian Order of Nurses dans le texte sous l'acronyme VON.

<sup>64</sup> Victorian Order of Nurses, *Books of Minutes of the Advisory Council*, 15 février 1935-1940, p.29, 50, 80, 197, 237.

<sup>65</sup> *Id.*, Montreal Branch, *Annual report*, Montréal, 1912, p.8.

<sup>66</sup> *Id.*, Montreal Branch, *Annual report*, Montréal, 1910, p.7.

<sup>67</sup> *Id.*, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.7.

Parmi les tâches effectuées par ces infirmières de santé publique, nous dénombrons l'amélioration de l'état de la maison, la détection des nouveaux cas à référer aux médecins et convaincre les malades de quitter leur maison lorsqu'une place s'avère disponible à l'hôpital ou au sanatorium. Cette dernière tâche s'avère souvent difficile vu le refus constant des malades de quitter leur famille<sup>68</sup>. Au chapitre suivant, nous élaborerons sur l'intervention des infirmières auprès des membres de la famille du malade en vue de prévenir la contagion<sup>69</sup>.

En plus d'instruire les patients à domicile, certaines infirmières travaillaient à partir du dispensaire pour assister les médecins et instruire les patients sur les mesures à prendre à la maison. Par exemple, elles montrent aux mères comment prendre la température corporelle à domicile<sup>70</sup>. Une infirmière du VON dirige aussi un cours sur la tuberculose pour les patients offert par l'église Emmanuel<sup>71</sup>. Ce cours qui permet aux tuberculeux d'être traités à la maison est complémentaire aux soins à domicile tout en se substituant en quelque sorte à l'enseignement prodigué au sanatorium<sup>72</sup>. En plus de leur apport médical, le *Royal Edward Institute* mentionne dans son premier rapport annuel que les infirmières amènent du réconfort aux patients avec leurs bons soins, leurs bons conseils et leur aide matérielle aux malades<sup>73</sup>. Le rapport annuel de 1916-1917 de l'Institut Bruchési indique qu'elles sèment l'espoir du retour de la santé, ou adoucissent les derniers moments des malades condamnés. Comme les

---

<sup>68</sup> Nous verrons à la section 3.3.4 du chapitre 3 un exemple de mère tuberculeuse refusant de quitter sa famille.

<sup>69</sup> Victorian Order of Nurses, *Books of Minutes of the Advisory Council*, 15 février 1939, p.197.

<sup>70</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.31.

<sup>71</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.14, 16.

<sup>72</sup> *Id.*, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1913, p.12. Nous parlerons de ce cours plus en détails lors du prochain chapitre.

<sup>73</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.31.

médecins notent déjà l'influence de l'état d'âme sur le cours de la maladie, les infirmières et les religieuses peuvent espérer avoir un impact positif<sup>74</sup>. Le rôle de pivot essentiel des infirmières nous permet d'affirmer qu'elles ont une place importante dans les dispensaires antituberculeux montréalais. Dans le chapitre suivant, nous verrons que c'est aussi le cas des femmes en général.

### 2.2.2 Une bienveillance désintéressée?

Nous nous devons d'émettre l'idée que les institutions antituberculeuses tiennent un discours qui peut sembler biaisé, vantant les mérites des infirmières et excluant l'aspect moralisateur des visites à domicile. Comme le remarque l'historienne Magda Fahrni, il y a un déséquilibre de pouvoir lorsque les infirmières ou les bénévoles visitent les familles ouvrières. Elle affirme en revanche que le contexte d'une épidémie atténue la condescendance des visiteuses. Elle observe que c'est la reconnaissance qui ressort principalement des quelques rares témoignages de personnes visitées disponibles<sup>75</sup>.

Nos sources principales sont des rapports annuels de dispensaires antituberculeux. Comme ils ont été rédigés par des institutions dans le but de faire état de la situation, de faire la promotion de leur travail mais surtout d'obtenir du financement, nous sommes conscients du biais présent dans le discours et dans le contenu des rapports. Comme nous le mentionnions plus haut, lorsqu'il est question du personnel du dispensaire dans les rapports annuels, les éloges abondent. L'historienne Louise Côté s'attarde à la notion de dévouement des acteurs de la lutte antituberculeuse, qu'elle retrouve à maintes reprises dans les archives gouvernementales. Elle note que plusieurs médecins sont eux-mêmes passés par le

---

<sup>74</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.31, 35.

<sup>75</sup> Magda Fahrni, « "Elles sont partout..." : les femmes et la ville en temps d'épidémie, Montréal, 1918-1920 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 58, 1 (2004) : 81.

sanatorium à un moment de leur vie. Elle affirme que leur engagement pour la lutte est d'autant plus personnel, parlant même de « vocation médicale ». Côté cite d'ailleurs le cas de Norman Bethune qui, après avoir vaincu la tuberculose, a consacré sa carrière à la maladie. Elle mentionne un autre médecin connu, Armand Frappier, qui a voué sa carrière à la tuberculose après avoir perdu sa mère des suites de la maladie. L'historienne démontre que même si la notion de dévouement est parfois utilisée dans les documents d'archives pour inciter au financement et pour justifier les efforts de la lutte antituberculeuse, « la sincérité de tels propos ne peut être mise en doute, car les tuberculeux eux-mêmes reconnaissaient le dévouement du personnel et leur esprit de sacrifice<sup>76</sup> ». À l'instar de Louise Côté, nous constatons que nos sources mentionnent la bienveillance des médecins et surtout des infirmières. Souscrivant à son interprétation, nous estimons que coexistent ici, en premier plan, un travail qui exige un réel don de soi et, en second lieu, une dimension stratégique liée au financement des soins.

### 2.3 Mise sur pied des dispensaires montréalais

Trois institutions desservent la population tuberculeuse de Montréal au cours de la période étudiée, comme chacun des principaux groupes ethniques représentés dans la ville met sur pied des dispensaires pour desservir sa communauté. Les Anglophones protestants créent le *Royal Edward Institute*, les Francophones catholiques fondent l'Institut Bruchési et les Juifs organiseront la lutte antituberculeuse à partir de l'Institut Baron de Hirsch puis du dispensaire Herzl. Si les institutions s'adressent principalement aux communautés qui les orchestrent, elles offrent tout de même des services à tous les Montréalais, sans distinction de race ou de langue. Nous constatons que les Anglophones catholiques n'ont pas leur propre institution antituberculeuse. Comme les institutions protestante, catholique et juive catégorisent leurs patients par nationalité et par religion, mais sans joindre ces deux

---

<sup>76</sup> Côté, *op. cit.*, p.87-88.

caractéristiques, il n'est pas possible de savoir quelles institutions les Anglophones catholiques privilégiaient. Nous ne sommes pas certains, mais nous aurions tendance à croire que la communauté anglo-catholique s'associait davantage à l'institution catholique, puisque les services sociaux, de santé et d'éducation sont organisés par les confessions religieuses. Nous verrons comment chacune de ces institutions s'est organisée. Rappelons par ailleurs que l'analyse comparative des différents groupes de Montréalais est un élément clé de notre démarche, et il s'agit d'une des contributions centrales de ce mémoire à l'historiographie existante.

### 2.3.1 *Royal Edward Institute*

En 1903, un an après la fondation de la Ligue Anti-Tuberculeuse de Montréal, un premier dispensaire est mis sur pied et des infirmières effectuent les premières visites à domicile. Le dispensaire est situé dans une maison de refuge jusqu'à son déménagement dans des locaux plus appropriés vers la fin de la décennie. Le Lieutenant-Colonel Jeffrey Hale Burland fait un don de 50 000 \$ à la cause et achète un édifice de Belmont Park en 1908. Cet édifice devient le quartier général de la Ligue et il est incorporé en 1909 sous le nom de *Montreal Tuberculosis Institute*, avant de devenir le *Royal Edward Institute* en septembre de cette même année. Son but est de prévenir la tuberculose et sa propagation par l'établissement d'un dispensaire et par l'éducation<sup>77</sup>. Au cours de cette année, on agrandit le bâtiment qui est utilisé pour le dispensaire et le travail d'aide sociale, puis une ouverture officielle a lieu<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Royal Edward Institute, «Act of Incorporation», *Minutes of Board of Governors*, Montréal, 2 mai 1909.

<sup>78</sup> Lors de la cérémonie, le roi Edward VII ouvre la porte de l'institut avec une clé télégraphique, directement de sa demeure en Angleterre. Un courant électrique est transmis par des câbles transatlantiques et par les lignes télégraphiques de Montréal, ce qui déclenche un interrupteur dans le bâtiment de Montréal, qui à son tour conduit à l'ouverture de la porte principale. L'utilisation de la

Tel que mentionné précédemment, cette institution accorde depuis toujours une importance particulière à la prévention. Pour réduire la tuberculose, une campagne d'éducation, l'inspection, la surveillance constante et l'enregistrement obligatoire des personnes ou des districts suspects sont les principales mesures préconisées. En 1909, le *Royal Edward Institute* est le seul institut organisé pour cette tâche<sup>79</sup>. Katherine McCuaig affirme même qu'il constitue le système de dispensaire le plus développé au Canada<sup>80</sup>. Un an après le début des activités du nouveau dispensaire, les dirigeants de l'institut constatent déjà 105 décès par tuberculose de moins à Montréal. Ils réalisent que, comme prévu, les coûts du dispensaire ne sont pas très élevés, mais que c'est surtout l'indissociable travail de prévention et d'assistance sociale qui faisait monter les dépenses de la lutte antituberculeuse<sup>81</sup>.

Le travail d'éducation est central à l'action de l'institut. Les médecins organisent des campagnes de diffusion d'information sur les travaux de l'institut et sur les mesures préventives de la tuberculose, s'adressant tantôt aux enfants, tantôt aux adolescents ou aux

---

technologie rend cette ouverture spectaculaire. Parmi les invités de marque présents à Montréal, notons le Dr R.W. Philip d'Édimbourg, inspiration importante pour la lutte antituberculeuse montréalaise. Le dispensaire qui porte d'abord le nom de *Montreal Tuberculosis Institute* est renommé en septembre 1909 en l'honneur du roi. C'est ainsi que naît le *Royal Edward Institute*. Source: Howard Murray, *Royal Edward Laurentian Hospital, Its History, An Aide-mémoire*, Montréal, 1<sup>er</sup> février 1950, p.4-6.

<sup>79</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.25.

<sup>80</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.30. De plus, le registre de l'institut démontre bien le grand volume de cas traités.

<sup>81</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.13.

adultes<sup>82</sup>. Dès 1912, les activités du dispensaire s'élargissent avec l'ouverture d'une école en plein air, qui permet aux enfants de recevoir leur éducation tout en profitant de l'air frais<sup>83</sup>.

L'institut s'accroît au fil des ans, avec l'ouverture d'autres dispensaires : un sur la rue Notre-Dame Ouest dans Saint-Henri en 1925, un autre dans le quartier Rosemont en 1930, puis un à Verdun en 1942. Il semble viser les quartiers ouvriers de la ville. Les soins évoluent aussi grâce aux avancées technologiques<sup>84</sup>. Le *Royal Edward Institute* devient encore plus accessible à tous lorsqu'il ouvre une clinique de soir en 1925. Dorénavant, les travailleurs peuvent se rendre à la clinique après leurs heures de travail. L'institut est exproprié en 1930 par le transporteur ferroviaire Canadien National. Les édifices de l'école en plein air et du dispensaire sont déplacés et le *Royal Edward Institute* s'installe au 3674 St-Urbain en 1931<sup>85</sup>. Il y a alors 24 lits pour hospitaliser les malades. Le développement de l'institution continue et en 1932 elle s'affilie à l'Université McGill. Le tableau 2.2 rapporte le sommaire des activités du *Royal Edward Institute* de 1909 à 1940 et illustre à la fois l'ampleur des activités de l'institution protestante et son évolution jusqu'en 1940.

---

<sup>82</sup> *Ibid.*, p.49-53.

<sup>83</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1912, p.2. Le prochain chapitre abordera en détail la notion du travail éducatif de l'institution auprès des mères. Le chapitre IV traitera des actions éducatives visant l'enfance.

<sup>84</sup> L'accès aux radiographies miniatures en 1922 est un progrès important pour la lutte antituberculeuse, permettant de mieux diagnostiquer la maladie à l'aide d'images des poumons.

<sup>85</sup> Document non identifié, archives du Centre universitaire de santé McGill, *Miscellaneous*, 1988-2960.01.21, s.d.



Tableau 2.1  
Sommaire des activités du *Royal Edward Institute*, 1909-1940

Années	Consultations	Nouveaux patients	Prescriptions remplies	Cas rapportés	Visites d'infirmière	Crachoirs distribués	Pamphlets distribués	Décès à Montréal de Tuberculose pulmonaire
1909-1910	6004	836	N/A	431	3495	54 790	11 100	827
1910-1911	10 190	1357	11 485	669	4189	83 670	12 181	722
1911-1912	11 903	1726	20 593	707	2897	89 020	8795	756
1912-1913	13 951	1865	22 462	702	5096	93 740	8005	860
1913-1914	12 253	1507	14 694	569	6034	65 869	4547	922
1914-1915	12 732	1562	14 579	458	4278	61 986	3341	856
1915-1916	11 388	1207	15 187	404	3905	54 991	2479	879
1916-1917	10 081	1086	13 545	371	4689	60 610	2379	864
1917-1918	11 010	1063	15 060	391	4939	45 805	2440	895
1918-1919	8500	853	12 100	232	5904	20 800	N/A	938
1919-1920	8878	927	12 590	272	5430	18 550	N/A	923
1920-1921	9742	941	13 653	319	5526	17 800	N/A	741
1921-1922	9187	859	13 054	256	5945	26 500	N/A	761
1922-1923	9690	993	14 390	395	5780	24 700	N/A	813
1923-1924 (15 mois)	13 393	1348	18 511	400	8080	35 300	2686	807
1925	10 899	1291	14 527	365	7508	31 300	978	805
1926	12 665	1758	15 547	489	11 897	24 000	1661	796
1927	10 38	1205	16 097	334	12 269	30 400	3661	763
1928	9847	1254	11 620	483	11 559	34 200	1982	801
1929	9840	1333	13 915	425	11 919	29 500	1650	823
1930	9241	1497	12 727	284	12 688	31 200	1782	806
1931	11 608	1956	15 383	352	14 008	30 500	1545	766
1932	12 122	1837	14 853	325	14 115	34 000	1930	722
1933	13 758	2159	11 106	419	11 709	29 000	1675	670
1934	11 864	1931	8210	339	11 263	30 000	1825	600
1935	11 757	1825	8900	345	10 374	31 100	1900	546
1936	13 212	1679	8765	313	10 839	28 000	2822	627
1937	14 454	1516	9052	244	9808	26 500	3052	615
1938	15 663	2174	11 075	342	10 159	23 000	2500	585
1939	16 714	2283	10 156	375	9643	20 000	3050	542
1940	15 823	2057	4356	306	10 159	N/A	N/A	N/A

Sources :

Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1939, p13.

Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1940, p17-18.

La Deuxième Guerre mondiale contribue aussi à ce développement. En effet, au cours de cette période, les hôpitaux généraux de Montréal décident de ne plus y admettre les tuberculeux pour chirurgie thoracique. Pour cette raison, en 1941, les lits disponibles à l'Institut augmentent à 52, et la chirurgie thoracique est introduite au *Royal Edward Institute*. L'année suivante, l'institution s'affilie avec le sanatorium Laurentien, ce qui lui ajoute 350 lits à Ste-Agathe<sup>86</sup>. À la fin de la période étudiée, soit en 1950, beaucoup des tuberculeux traités par l'institution sont encore à domicile, mais l'hospitalisation est désormais possible pour un plus grand nombre d'entre eux, au sanatorium de Ste-Agathe et à l'hôpital thoracique de Montréal.

La Deuxième Guerre mondiale amène également un changement technologique très important pour la lutte antituberculeuse. Les radiographies sont maintenant disponibles pour examiner la population générale, et ce à des frais abordables. Les médecins peuvent procéder à une inspection des masses à l'aide de films miniatures. Par conséquent, le dépistage de la tuberculose est révolutionné, car il se fait beaucoup plus facilement. En 1940, au *Royal Edward Institute*, le directeur médical se dit convaincu que cette nouvelle méthode de dépistage est le seul moyen d'identifier les cas individuels de tuberculose pulmonaire<sup>87</sup>. L'adoption de cette technique durant la guerre, mais surtout au début de l'après-guerre, va faire augmenter de façon importante le nombre de cas recensés par l'institution, passant de 3000 à 4700 cas entre 1945 et 1948<sup>88</sup>.

---

<sup>86</sup> Document des archives du Centre universitaire de santé McGill, *History*, 1988-2960.01.48, s.d., p.5-6.

<sup>87</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1940, p.14.

<sup>88</sup> Document des archives du Centre universitaire de santé McGill, Royal Edward Chest Hospital, *Sixty Years Into The Future*, 1969, p.8.

### 2.3.2 Institut Bruchési

Parallèlement au *Royal Edward Institute*, l'Institut Bruchési développe un dispensaire antituberculeux pour la classe ouvrière francophone de Montréal. Cette institution catholique joue un rôle semblable à celui de sa contrepartie protestante, misant sur la prévention et l'éducation de la masse. L'œuvre de l'Institut Bruchési est avant tout le fruit du dévouement de médecins et de religieuses. Le travail bénévole de ces instigateurs marque l'histoire de cette institution. Les Sœurs de la Providence ont toujours eu comme mission de venir en aide aux pauvres et aux malades. Elles visitent déjà des malades à domicile quelques années après la fondation de leur congrégation en 1843<sup>89</sup>. Quant à leur implication dans la cause antituberculeuse, les sœurs effectuent des visites à domicile des patients catholiques du *Royal Edward Institute* avant même la fondation de l'Institut Bruchési. Elles exécutent les ordonnances des médecins et des infirmières de cette institution. Les sœurs s'engagent donc naturellement à faire la visite à domicile des malades traités au dispensaire de l'Institut Bruchési<sup>90</sup>. Les médecins à l'origine de l'Institut travaillent eux aussi gratuitement au dispensaire<sup>91</sup>.

Dès sa fondation, en 1912, l'Institut Bruchési établit clairement sa constitution et ses buts. On décrit bien les bases de l'institution dans le premier Rapport annuel : « l'harmonie entre l'action laïque et l'action religieuse, l'une et l'autre dans une sphère propre, chacune avec une tâche connue, avec un effort personnel à accomplir, tendant au même but : le soulagement des tuberculeux pauvres<sup>92</sup> ». Par la philanthropie, l'œuvre souhaite mettre sur pied de grandes campagnes éducatives pour réduire la contagion et élargir le rayonnement de

---

<sup>89</sup> Sœurs de la Providence, *Fondation des Filles de la Charité Servantes des pauvres (Sœurs de la Providence)*, 2009. <[http://www.providenceintl.org/fr/histoire\\_historique\\_1845.php](http://www.providenceintl.org/fr/histoire_historique_1845.php)> (15 avril 2011).

<sup>90</sup> Archives Providence, *Notes sur l'Institut Bruchési*, 1911.

<sup>91</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.35.

<sup>92</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1911-1912, p.6.

l'institution. Les médecins mettent l'accent sur l'éducation dès le début, car l'Institut est d'avis qu'il vaut mieux prévenir que guérir<sup>93</sup>.

En 1911, en plus du dispensaire de Montréal, l'Institut Bruchési comporte un préventorium à Beloeil. Cette maison accueille des jeunes femmes pauvres à risque dans un milieu hygiénique<sup>94</sup>. Celle-ci ferme l'année suivante, faute de financement adéquat. L'action préventive est ensuite concentrée autour d'une campagne d'éducation hygiénique du peuple<sup>95</sup>, dont nous reparlons lors des deux prochains chapitres.

Le dispensaire de l'Institut Bruchési fonctionne sensiblement comme celui du *Royal Edward Institute*. On y accueille les malades qui sont diagnostiqués et soignés, puis qui reçoivent des conseils sur les soins à prendre au sein de leur famille et retournent chez eux avec de la documentation et des médicaments. Des infirmières vont ensuite au domicile des malades du dispensaire « dans le but de les renseigner sur les façons d'ordonner leur intérieur : chambre, cuisine, etc., et avec l'intention de faire une enquête sérieuse sur la situation<sup>96</sup> ». Le travail de prévention se continue à la maison, les feuillets distribués ayant la possibilité d'être lus par plusieurs membres de la famille<sup>97</sup>.

À sa création en 1911, il y a six religieuses gardes-malades travaillant pour l'Institut Bruchési, dont deux chimistes pharmaciennes. Les religieuses préparent les remèdes, servent les prescriptions et visitent les malades dans toutes les parties de la ville. Entre 1912 et 1915, les infirmières visitent 6558 malades à domicile. Avec les ans, l'institution s'agrandit et le

---

<sup>93</sup> *Ibid.*, p.6, 11.

<sup>94</sup> Archives Providence, Dr Dubé, *Institut Bruchési – Dispensaire antituberculeux à Montréal – Préventorium Saint-Victor à Beloeil*, Montréal, 1911, p.9.

<sup>95</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.13.

<sup>96</sup> Dr Dubé, *op. cit.*, Montréal, 1911, p.6.

<sup>97</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.42.

nombre de religieuses et de patients à visiter augmente. Les visites des malades à domicile sont confiées aux infirmières laïques en 1925, mais les religieuses demeurent actives au dispensaire<sup>98</sup>.

La collection fragmentaire des rapports annuels de l'Institut Bruchési ne nous permet pas de présenter des données faisant état de toutes les activités de l'institution. Nous ne pouvons pas non plus faire une analyse de l'évolution sur toute la période à l'étude. Néanmoins, le tableau 2.2 présente un aperçu général des activités de l'Institut entre 1912 et 1922 et de façon plus complète entre 1918 et 1922 (*voir* tabl.2.2). Il s'en dégage que l'institution reçoit un nombre élevé de nouveaux patients chaque année, ce nombre dépassant d'ailleurs celui du *Royal Edward Institute* (*voir* tabl.2.1). Par contre, le nombre total de patients tuberculeux (anciens et nouveaux) de l'Institut Bruchési entre 1918 et 1922, soit 2118 patients, représente moins du quart du nombre total de nouveaux patients de l'institution catholique pour cette période, soit 9135 patients. Il y a donc une disparité notable entre le nombre de nouveaux patients fréquentant l'Institut et le nombre de patients qui reçoivent un diagnostic de la maladie. Si cela explique le nombre de visites à domicile qui semble à première vue beaucoup moins élevé que le nombre de malades enregistrés, cette constatation pourrait vouloir dire que les chiffres présentés par l'Institut dans leurs rapports sont choisis pour leur valeur dramatique. Bien que nous soyons conscients des limites de cette observation, il est toutefois pertinent d'avancer que celle-ci pourrait venir illustrer le fait que les rapports sont rédigés pour inciter les souscripteurs à continuer de subventionner l'institution.

---

<sup>98</sup> Archives Providence, *Notes concernant la participation des Sœurs de la Providence aux activités de l'Institut Bruchési de 1911 à 1942*, 28 février 1942.

Tableau 2.2  
Sommaire des activités de l'Institut Bruchési, 1912-1922

	1912- 1913	1913- 1914	1914- 1915	Total 1912- 1915	1918- 1919	1919- 1920	1920- 1921	1921- 1922
Jours de dispensaire	240	250	242	732	214	232	248	231
Nouveaux malades enregistrés	1997	2345	3109	7451	1794	2152	2413	2776
Premiers examens	2009	2500	3413	7922	2038	2504	2755	3234
Visites subséquentes	9477	11 547	15 849	36 873	7658	9097	10 871	12 854
Total des consultations	11 486	14 047	19 262	44 795	9696	11 601	13 626	16 088
Hommes	N/A	N/A	N/A	N/A	334	424	995	492
Femmes	N/A	N/A	N/A	N/A	896	1001	470	1191
Filles	N/A	N/A	N/A	N/A	320	412	533	610
Garçons	N/A	N/A	N/A	N/A	242	315	415	483
Nombre de tuberculeux (anciens et nouveaux)	N/A	N/A	N/A		436	545	540	597
Visites à domicile des médecins	N/A	N/A	N/A	827	N/A	N/A	N/A	N/A
Visites à domicile des gardes-malades	N/A	N/A	N/A	6 558	400	805	823	855

Sources :  
Institut Bruchési, *Rapports annuels*, 1912-1922.

À l'Institut Bruchési, on invoque l'importance d'étendre et de continuer l'influence du dispensaire à la maison du tuberculeux<sup>99</sup>. Les médecins réalisent tout de même que la construction d'un hôpital pour les tuberculeux à Montréal serait un atout important pour la lutte antituberculeuse<sup>100</sup>, et cela deviendra une réalité en 1926. L'Institut Bruchési est reconnu comme « Institution d'Assistance Publique » en 1923 et il prend de l'expansion alors qu'il ouvre un deuxième dispensaire dans Hochelaga en 1924<sup>101</sup> puis un troisième dans Rosemont en 1927<sup>102</sup>. Nous constatons que l'Institut obtient ce nouveau statut un an après que la Loi d'Assistance publique eut été adoptée par le gouvernement québécois. L'historien François Guérard explique que cette loi régit l'aide aux institutions d'assistance venant en aide aux plus démunis, en ce qui a trait à l'hébergement, aux soins et au développement des infrastructures. Cela signifie que le financement de l'institution est dorénavant constitué de fonds répartis également entre le gouvernement provincial, le gouvernement municipal et l'institution. Cela signifie aussi que l'hospitalisation est un peu plus abordable pour les familles ouvrières<sup>103</sup>.

À partir de 1923, l'Institut a 20 lits pour les malades en observation fournis par les Sœurs de la Providence<sup>104</sup>. Ce nombre passe à 30 l'année suivante, puis à 50 en 1931. Ce nombre de lits pour l'hospitalisation des tuberculeux de l'Institut Bruchési demeure stable

---

<sup>99</sup> *Id.*, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.7.

<sup>100</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1919-1920, p.10.

<sup>101</sup> *Notes concernant la participation des Sœurs de la Providence aux activités de l'Institut Bruchési de 1911 à 1942*, 28 février 1942.

<sup>102</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1927-1928, page couverture.

<sup>103</sup> Guérard, *op. cit.*, p.53.

<sup>104</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1929-1930-1931, p.17.

jusqu'en 1949, où il passe à 52<sup>105</sup>. L'institution catholique s'agrandit au cours de la période étudiée, mais son travail demeure le même : fournir des soins et du secours aux tuberculeux pauvres de Montréal. Elle peut compter sur l'aide d'un nouvel allié à partir de 1926. À ce propos, la fin du présent chapitre élaborera sur l'implantation et l'impact d'un nouvel établissement, l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Nous constatons que les institutions antituberculeuses protestante et catholique fonctionnent de façon semblable. La communauté juive procède par contre autrement et nous verrons en quoi elle se distingue des deux autres groupes en analysant son organisation des soins aux tuberculeux.

### 2.3.3 Dispensaire Herzl

Au sein de la communauté juive de Montréal, la lutte antituberculeuse commence au début de la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle. Il n'y a pas d'institution juive montréalaise pour le soin spécifique des tuberculeux et donc pas d'équivalent juif aux dispensaires antituberculeux comme le *Royal Edward Institute* ou l'Institut Bruchési. Une association pour la lutte antituberculeuse voit tout de même le jour en 1906, soit la *Hebrew Consumptive Aid Association of Canada*. Cet organisme est surtout actif dans l'organisation financière de la lutte, coordonnant les dons et les levées de fonds pour l'ouverture d'un sanatorium et, plus tard, d'un hôpital pour les incurables<sup>106</sup>. Ce sont donc plutôt des organismes charitables généraux s'occupant des pauvres et des malades de toutes sortes qui vont organiser les services et les soins pour les tuberculeux juifs de Montréal. Le besoin d'offrir des services en yiddish, de donner un accès à une synagogue aux malades juifs et de contrer l'antisémitisme

---

<sup>105</sup> Archives Providence, *Ministère de la santé, Service de l'assistance publique – statistique des sanatoria et des hôpitaux généraux avec section tuberculeux*, 1949.

<sup>106</sup> The Hebrew Consumptive Aid Association of Canada Inc, *Thirty-Sixth Annual Report*, Montréal, 1941, p.4.



ambiant justifient le financement d'un sanatorium. Le concept de charité de *tzedakah*, solidement ancré dans la religion juive, permet aussi d'expliquer l'importance de l'aide aux gens dans le besoin par cette communauté<sup>107</sup>.

À Montréal, c'est d'abord l'Institut Baron de Hirsch qui prend soin des tuberculeux. Cette organisation caritative, fondée en 1863, a un médecin qui visite les malades à domicile dès le début des années 1900. Le plus souvent possible, le médecin tente d'envoyer les tuberculeux qu'il visite à Sainte-Agathe afin que leur santé s'améliore. Il s'organise alors pour qu'un médecin de la région prenne en charge les malades montréalais<sup>108</sup>. Nous pouvons voir que l'institution veut faciliter l'accès à la cure d'air frais et de soleil.

Il y a tout de même des malades qui désirent rester avec leur famille. L'Institut Baron de Hirsch a un département d'aide sociale bien organisé qui s'occupe d'aider les tuberculeux et leur famille. C'est d'ailleurs ces patients à domicile qui occasionnent les dépenses particulièrement élevées du département à partir de 1910. L'Institut donne alors des petits montants d'argent aux malades à domicile, leur permettant ainsi de demeurer avec les leurs. Avec l'arrivée du sanatorium, l'aide aux tuberculeux à domicile diminue mais elle se poursuit tout de même.

Le sanatorium est la méthode de prédilection pour soigner la tuberculose dans la communauté juive de Montréal. Additionné à une saine alimentation, le sanatorium est vu comme la seule cure possible. Cette cure d'air frais dans un climat idéal a des effets remarquablement positifs, selon les dires de l'Institut Baron de Hirsch. De plus, cette solution permet de prévenir la propagation de la maladie. Les spécialistes de cet Institut estiment qu'il en coûte beaucoup à la société pour le maintien des tuberculeux et de leurs familles. En

---

<sup>107</sup> Archives nationales du Congrès juif canadien, Comité des charités, Herzl Archives, Dudley Cordell, *The Will and Dream : An Evolutionary History of the Herzl Clinic*, Montréal, 1987-1990, p.9. Dans les prochaines notes, nous référerons à cette source sous l'appellation ANCJCCC.

<sup>108</sup> Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society, *Annual Report*, Montréal, 1902, p.15.

isolant les malades, on empêche la contagion, ce qui est d'autant plus important pour les familles pauvres qui vivent souvent entassées dans des petits logements<sup>109</sup>. Il faut tout de même attendre 1912 pour l'ouverture du sanatorium Mont Sinaï à Sainte-Agathe<sup>110</sup>. Nous constatons que la communauté juive de Montréal semble avoir les moyens d'isoler les tuberculeux de leur milieu familial. Le traitement adopté par ce groupe tend donc à confirmer notre hypothèse selon laquelle l'isolement est une méthode privilégiée par les médecins pour prévenir la contagion de la maladie.

À la lumière des informations recueillies en archives, nous notons une différence marquée au niveau de la gestion des cas de maladie entre les deux groupes, une différence jusqu'ici non relevée par les historiens. Les médecins juifs envoient presque tous les malades au sanatorium, alors que les Canadiens français continuent de traiter les malades à domicile. Le fait qu'un seul cas parmi les 45 dossiers de patients juifs consultés n'ait pas été traité au sanatorium tend à confirmer cette idée<sup>111</sup>. L'Institut Baron de Hirsch continue toutefois à aider les familles après le traitement en institution. De plus, l'aide à domicile demeure importante pour les cas avancés de tuberculose qui sont soignés à la maison<sup>112</sup>.

Après l'Institut Baron de Hirsch, c'est le dispensaire Herzl qui prend en charge les tuberculeux. Ce dispensaire juif ouvre ses portes en 1912 et on y retrouve une clinique de tuberculose. Les médecins s'occupent des patients avant leur séjour au sanatorium et de leurs soins après leur retour. La communauté juive n'échappe pas à la pauvreté qui afflige Montréal et seulement 50 % des patients peuvent déboursier les frais pour leurs soins et

---

<sup>109</sup> Baron de Hirsch Institute, *Annual Report*, Montréal, 1907, p.13.

<sup>110</sup> On parle de 1908 pour des locaux temporaires hébergeant sept lits pour tuberculeux fournis par *The Laurentian Society for the Treatment and Control of Tuberculosis*. Source : Document des archives du Centre universitaire de santé McGill, *Liste chronologique des « Early Canadian Sanatoriums »*, 12 juillet 1969.

<sup>111</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1001 à dossier-X 1041 et dossier-G 101 à dossier-G 104.

<sup>112</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1914, p.14.

médicaments en 1912. L'institution paie pour l'autre moitié des malades<sup>113</sup>. Dans les dossiers que nous avons consultés, nous remarquons que l'institution insiste pour que les familles fassent la démonstration explicite de leur indigence<sup>114</sup>. Nous observons que cette situation est spécifique à cette institution. On peut penser qu'elle devait avoir des répercussions sur les patients. Louise Côté parle du stigma rattaché au diagnostic de la maladie. Elle démontre que pour les tuberculeux, cette étiquette a des conséquences économiques et sociales. Côté note que plusieurs malades tentent de cacher et de nier leur condition afin de se protéger et de protéger leurs proches d'attaques et d'exclusion<sup>115</sup>. Les propos de cette historienne nous laissent croire que certains tuberculeux ne vont pas chercher d'aide, car ils veulent cacher leur maladie. Il nous semble que les mesures du dispensaire Herzl en ce qui a trait à l'aide financière des malades sont en quelque sorte dissuasives.

Le taux de mortalité par tuberculose est moins élevé chez les Juifs de Montréal que chez les autres groupes de Montréalais. Katherine McCuaig a proposé plusieurs hypothèses pour expliquer cette idée, allant d'une meilleure alimentation à un système philanthropique mieux développé<sup>116</sup>. Nos recherches semblent plutôt montrer que ce serait à cause de la méthode choisie pour soigner les tuberculeux, car c'est là la principale différence entre les groupes. Nous observons que la prévalence des séjours au sanatorium est ce qui distingue principalement le traitement de la tuberculose des Juifs par rapport aux autres Montréalais. Certains points communs entre les communautés sont malgré tout apparents.

Quoique moins présentes que dans le discours du *Royal Edward Institute* et de l'Institut Bruchési, les mesures de prévention et d'éducation de la population ne sont pas

---

<sup>113</sup> Herzl Dispensary, *Report on 1st Annual Meeting*, Montréal, 1913, p.8.

<sup>114</sup> ANCIJCCC, Dossier-X 1013, dossier-X 1024 et dossier-X 1041. Nous reviendrons sur cette pratique au prochain chapitre, à la section 3.1.2.

<sup>115</sup> Côté, *op. cit.*, p.40-47.

<sup>116</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.270-271.

complètement absentes au Herzl. Comme on sait que la maladie pouvait être évitée, on perçoit l'importance de la prévention. Le dispensaire Herzl continue l'œuvre commencée par l'Institut Baron de Hirsch, en déplaçant des familles assistées dans des secteurs plus riches de la ville et en envoyant les cas de tuberculose précoce au sanatorium. Selon ses rapports annuels, l'institution obtient des résultats positifs<sup>117</sup>.

Le nombre total de tuberculeux et de nouveaux malades qui visitent la clinique de tuberculose du dispensaire Herzl augmente jusqu'au milieu des années 1930, pour diminuer ensuite de façon importante à partir de 1936 jusqu'au début des années 1940. À ce moment, l'afflux de patients devient significativement de plus en plus restreint (*voir* tabl. 2.3).

---

<sup>117</sup> The Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *First Annual Report*, Montréal, 1917, p.73.

Tableau 2.3  
 Patients tuberculeux du *Baron de Hirsch Institute*  
 et du dispensaire Herzl, 1908-1944

Année	Nombre de patients total	Année	Nombre de patients total
1908	37	1930	446
1909	59	1931	451
1910	58	1932	538
1911	71	1933	680
1912	81	1934	728
1913	55	1935	607
1914	50	1936	588
1917	93	1937	559
1919	97	1938	467
1920	87	1939	386
1921	475	1940	283
1923	661	1941	153
1925	341	1942	104
1928	364	1943	39
1929	373	1944	9

Sources :

The Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Annual Reports*, Montréal, 1917-1944.

Baron de Hirsch Institute, *Annual Reports*, Montréal, 1908-1914.

Le nombre moins important de tuberculeux vers la fin de la période s'explique par plusieurs facteurs. D'abord, il y a le nombre de malades qui diminue grâce au travail fructueux de prévention et à l'arrivée de nouveaux traitements. Il y a aussi l'amélioration du niveau de vie qui entre en jeu. Pour terminer, le rapport annuel du dispensaire Herzl de 1944 affirme qu'il y a moins de médecins au dispensaire à cause de la guerre et nous pouvons penser que ceci explique la diminution de plus en plus importante du nombre de patients tuberculeux traités pendant les années de guerre<sup>118</sup>. Quoi qu'il en soit, ces chiffres permettent

---

<sup>118</sup> *Id.*, *Twenty-Eight Annual Report*, Montréal, 1944, p.47.

de croire que l'organisation des actions pour réduire la tuberculose à Montréal par le dispensaire est en partie responsable de ces résultats.

Nous pouvons affirmer que la communauté juive de Montréal mène une lutte antituberculeuse assez différente des catholiques et des protestants. Préconisant le sanatorium, leur système est en quelque sorte plus près de celui d'Édimbourg même s'il n'y a pas de dispensaire spécifiquement antituberculeux. Dans une clinique, on offre aux tuberculeux les mêmes soins que ceux du dispensaire Victoria. C'est autour du sanatorium Mont Sinai de St-Agathe que s'opèrent principalement les activités de lutte antituberculeuse de ce groupe. À partir d'une institution générale venant en aide à la communauté, l'Institut Baron de Hirsch, puis d'une institution médicale générale, le dispensaire Herzl, les Juifs organisent les soins pour les tuberculeux de Montréal à leur manière. Les soins consistent en un diagnostic par un médecin, des visites à domicile par une travailleuse sociale, d'un ou de plusieurs séjours au sanatorium et de soins *ante* et *post* séjour. L'action antituberculeuse de l'Institut Baron de Hirsch et du dispensaire Herzl est donc caractérisée par le rôle central du sanatorium comme premier élément de cure. À la lumière de ces observations, nous constatons que la communauté juive ressemble davantage aux communautés des autres villes canadiennes.

L'institution juive se distingue aussi des autres organisations de son époque par l'ampleur de son action dans l'assistance sociale de ses patients. Jusqu'au début des années 1930, la tuberculose est la maladie qui amène le plus de cas au département d'assistance familiale de l'Institut Baron de Hirsch, souvent à cause de la maladie du soutien de famille<sup>119</sup>. Des travailleuses sociales suivent les tuberculeux à domicile de façon complète et assidue. Cet aspect distinctif du travail à domicile sera examiné davantage au chapitre suivant.

Nous trouvons intéressant d'étudier la question de l'ethnicité des tuberculeux fréquentant les différents dispensaires montréalais, même si nous ne possédons des

---

<sup>119</sup> *Id.*, *Sixteenth Annual Report*, Montréal, 1932, p.30.

informations que pour certaines parties de la période étudiée. Au *Royal Edward Institute* la clientèle semble demeurer stable au fil des ans. On offre des services bilingues et ceci peut être expliqué par la majorité canadienne-française des patients en 1910. Parmi les autres malades de différentes ethnicités, les gens originaires du Royaume-Uni dominant. Il y a par contre peu de patients juifs qui fréquentent l'institution, et encore moins d'immigrants ne provenant pas de pays britanniques<sup>120</sup>. La situation évolue un peu au fil des ans, et en 1921 il y a toujours une forte majorité de patients Canadiens français. Les Canadiens anglais prévalent ensuite, puis la composition ethnique du reste des patients est très similaire à celle de 1910<sup>121</sup>. Les rapports annuels de l'Institut Bruchési nous permettent seulement de connaître la fréquentation par ethnicité pour les débuts de l'institution. Nous observons tout de même que lors de la première année d'activité de l'institut, 92 % des patients sont canadiens-français. Le reste des patients, quoique de différentes origines, sont principalement catholiques<sup>122</sup>, ce qui pourrait vouloir indiquer que les Anglophones catholiques fréquentaient davantage cette institution, tel que nous proposons plus haut. Rappelons qu'au début des activités du dispensaire Herzl, la grande majorité des patients sont juifs. Ainsi, il y a seulement 35 patients non-juifs sur les 5541 ayant fréquenté le dispensaire durant sa première année d'activité<sup>123</sup>. La situation évolue de telle sorte qu'en 1923, 50 % des patients de la clinique de tuberculose ne sont pas juifs<sup>124</sup>, l'institution explique ce fait par un nombre élevé

---

<sup>120</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.49.

<sup>121</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1921, p.12.

<sup>122</sup> Institut Bruchési, *Premier Rapport Annuel du Dispensaire et du Préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.14.

<sup>123</sup> Herzl Dispensary, *Report on 1st Annual Meeting*, Montréal, 1913, p.8.

<sup>124</sup> The Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Seventh Annual Report*, Montréal, 1923, p.50.

de références de patients par des médecins de l'hôpital Royal Victoria et du *Montreal General Hospital*<sup>125</sup>.

Ce portrait de la composition ethnique des malades se présentant dans les dispensaires, quoiqu'incomplet, fait ressortir certains éléments. Nous constatons qu'une majorité des tuberculeux étaient canadiens-français, tout comme la majorité de la population montréalaise. Nous observons ensuite que les institutions venaient en aide aux gens dans le besoin, peu importe leur origine. Ceci nous démontre l'ampleur du problème tuberculeux à Montréal.

#### 2.4 Un hôpital pour les tuberculeux

Dès l'ouverture des premiers dispensaires antituberculeux, on identifie le besoin d'un hôpital pour les cas de tuberculose avancée<sup>126</sup>. En attendant cette nouvelle institution, le *Royal Edward Institute* et l'Institut Bruchési ouvrent d'autres succursales afin de répondre à la demande. Les deux organisations vont même se consulter afin d'établir les quartiers que les nouveaux dispensaires occuperont.

Sous l'initiative des Sœurs de la Providence<sup>127</sup>, un hôpital pour tuberculeux ouvre finalement en 1926. L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est spécialisé dans le traitement

---

<sup>125</sup> ANCJCCC, Michael Regenstein, *Our History of Family Medicine*, The Herzl Family Practice Centre and Department of Family Medicine of the Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montréal, 1994, p.11.

<sup>126</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Annual Report*, Montréal, 1912, p.14.

<sup>127</sup> Archives Providence, *Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville, Centre anti-tuberculeux*, Montréal, 1941, p.1.



des tuberculeux, des infirmes et des cancéreux<sup>128</sup>. Cet hôpital, tant réclamé par les artisans de la lutte antituberculeuse depuis des décennies, est accueilli positivement par l'Institut Bruchési. Certains médecins qui travaillent dans les dispensaires quittent pour aller travailler au nouvel hôpital<sup>129</sup>. Celui-ci va ouvrir une clinique et un dispensaire en 1934. Nous observons qu'il faut attendre 1938 pour qu'on permette à tous les patients d'y être traités sans distinction de race ou de croyance, alors que seuls les catholiques sont admis avant cette date<sup>130</sup>.

Même après l'ouverture de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, la situation de la tuberculose en ville ne semble pas s'être améliorée significativement. En 1940, le *Royal Edward Institute* affirme qu'il manque encore de lits pour les tuberculeux montréalais<sup>131</sup>. Cette situation peut s'expliquer partiellement par l'admission universelle tardive. Nous pouvons aussi croire que la situation géographique de l'hôpital, dans un quartier suburbain au nord de la ville, décourage certains patients. Dans cette optique, nous croyons qu'il peut être difficile de convaincre certains malades de quitter leur domicile pour aller à l'hôpital. Louise Côté démontre d'ailleurs que c'est le cas pour de nombreux patients qu'on veut envoyer au sanatorium<sup>132</sup>. Nous pensons que la vocation de l'hôpital permet aussi d'expliquer les limites de l'impact de l'hôpital sur la situation de la tuberculose à Montréal. En effet, comme les médecins voient en cette institution un lieu pour soigner les cas sévères, plusieurs malades ne survivent pas à leur séjour, leur état de santé s'étant déjà trop détérioré. Nous pouvons aussi croire que l'architecture de l'hôpital ne répondait pas aux besoins des patients. Annmarie

---

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1925-1926, p.10.

<sup>130</sup> Archives Providence, *L'Hôpital du Sacré-Cœur Cartierville, Résumé historique et progrès actuels de l'œuvre*, Montréal, 1956.

<sup>131</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1940, p.1a.

<sup>132</sup> Côté, *op. cit.*, p.209-211.

Adams, Kevin Schwartzman et David Theodore ont d'ailleurs démontré que l'architecture antituberculeuse a ralenti les innovations médicales, observant une absence de lien entre l'architecture et les thérapies utilisées<sup>133</sup>. Cette étude porte sur le *Royal Edward* mais nous croyons que ces critiques s'appliquent aussi à l'hôpital Sacré-Cœur, qui n'a pas connu d'agrandissement ou de construction quelconque avant 1945<sup>134</sup>, ce qui indique que l'institution ne s'adapte pas physiquement aux changements technologiques qui ont cours.

Nous pensons que le changement le plus important pour la situation de la tuberculose à Montréal découle de la Loi québécoise de 1946 organisant enfin une campagne antituberculeuse provinciale financée par l'État. À partir de ce moment, le nombre de lits pour les tuberculeux augmente substantiellement et les efforts de dépistage sont décuplés. Les premiers résultats sont encourageants<sup>135</sup>, mais il faudra attendre 1963 pour que la tuberculose soit réellement maîtrisée à Montréal, selon les dires du *Royal Edward Institute*. L'institution affirme que le combat est gagné principalement grâce à l'amélioration de la situation socio-économique et grâce à l'utilisation des antibiotiques<sup>136</sup>, même si ceux-ci étaient déjà disponibles depuis 1947<sup>137</sup>.

---

<sup>133</sup> Annmarie Adams, Kevin Schwartzman et David Theodore, « Collapse and Expand: Architecture and Tuberculosis Therapy in Montreal, 1909, 1933, 1954 », *Technology and Culture*, 49, 4 (octobre 2008) : *passim*.

<sup>134</sup> *Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville, Centre anti-tuberculeux*, Montréal, 1941, p.2 ; *L'Hôpital du Sacré-Cœur Cartierville, Résumé historique et progrès actuels de l'œuvre*, Montréal, 1956.

<sup>135</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.205.

<sup>136</sup> Joan M. Dutson, *Lettre adressée à Mr. E.A. Collard*, Montréal, 8 avril 1991, p.3.

<sup>137</sup> Royal Edward Chest Hospital, *op. cit.*, p.11.

## 2.5 Conclusion

Nous constatons que le développement de la lutte antituberculeuse montréalaise a mené à l'essor d'un système spécifique de soins, soit le dispensaire antituberculeux. Grâce à ce système, les patients peuvent faire la cure à la maison. Les soins à domiciles constituent un aspect distinctif de ce système bien développé au sein des communautés protestante et catholique de Montréal. Même si la communauté juive adopte le sanatorium comme mesure de prédilection pour traiter la tuberculose, les soins à domicile sont présents chez ce groupe avant et après la cure. Les spécialistes de la santé accomplissent un travail dévoué et apportent un certain réconfort aux malades de la classe ouvrière, malgré les différences sociales et économiques qui les séparent. Nous observons que la lutte antituberculeuse montréalaise suit l'évolution des connaissances et des technologies, tout en souffrant d'un manque de financement étatique.

Les trois groupes d'appartenance religieuse distincte étudiés développent des systèmes de soins des tuberculeux qui tentent de répondre aux besoins des Montréalais. Ils mentionnent tous le besoin d'un hôpital pour les tuberculeux, mais la tâche des institutions antituberculeuses est déjà assez grande et les moyens sont si limités qu'ils ne peuvent réaliser cette entreprise avec le seul financement privé. Un hôpital voit finalement le jour au milieu de la période étudiée, alors que les gouvernements municipal et provincial s'unissent pour subventionner une telle institution, ce qui permet d'isoler les cas sévères de tuberculose<sup>138</sup>.

L'Institut Bruchési et le *Royal Edward Institute* mènent de front la lutte antituberculeuse de Montréal avec l'éducation et la prévention comme cheval de bataille, alors que l'Institut Baron de Hirsch et le dispensaire Herzl prônent l'isolement des tuberculeux dans des sanatoriums, tout en aidant les malades à la maison avant et après leur séjour.

---

<sup>138</sup> Copp, *op. cit.*, p.101.

Dans le chapitre qui suit, nous adresserons plus directement le vécu des familles en étudiant l'impact de la maladie dans les foyers montréalais et les mesures éducatives qui leur sont proposées. Dans le même chapitre, nous analyserons le rôle des femmes dans l'entreprise antituberculeuse.

## CHAPITRE III

### VIVRE LA TUBERCULOSE EN FAMILLE

La tuberculose est une maladie qui se vit principalement à la maison pour les Montréalais de la première moitié du siècle dernier. Les spécialistes de la santé impliqués dans la lutte antituberculeuse déplorent le fait qu'on soigne encore des cas avancés de tuberculose dans des conditions entassées et défavorables. Malgré les dispensaires qui luttent contre la maladie, en 1925 Montréal n'a pas encore de lieu spécifique pour hospitaliser les tuberculeux<sup>1</sup>. Tout au long de la période étudiée, la pauvreté et la misère caractérisent les foyers des familles ouvrières où la maladie fait rage. Les infirmières du VON affirment qu'en 1941, les conditions des maisons dans lesquelles vivent les malades sont encore souvent une menace pour leur guérison et pour la santé de leur famille<sup>2</sup>.

Des historiens ont fait état des conditions de vie des familles ouvrières au cours de la période étudiée dans ce mémoire. Parmi eux, Terry Copp affirme que les taudis se multiplient à Montréal au cours des trois premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. Selon lui, le fait que 80 % de la population soit locataire et que les propriétaires soient absents aurait un impact important sur l'état du logement dans la ville. Il note que cela cause des problèmes sanitaires

---

<sup>1</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Board of Directors*, Montréal, 6 février 1925, p.3.

<sup>2</sup> *Id.*, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 4 mars 1941, p.279.

pour la classe ouvrière, problèmes qui sont constatés par les autorités municipales qui tentent de mieux légiférer le logement sans succès<sup>3</sup>.

Paul-André Linteau aborde lui aussi les logements délabrés et insalubres de la classe ouvrière montréalaise qui contrastent avec les grandes résidences bourgeoises. Il affirme que les conditions de vie des plus pauvres et les problèmes sociaux qui découlent de l'industrialisation et de l'urbanisation préoccupent de plus en plus les adeptes des réformes sociales au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. Même s'il démontre que les conditions de vie et de logement s'améliorent au cours des cinquante premières années du siècle, il affirme que plusieurs Montréalais ont encore des salaires très bas et un travail saisonnier dans les années 1920, ce qui leur laisse peu d'argent à dépenser malgré la prospérité. Il note aussi que la mortalité infantile recule, mais que la tuberculose continue à faire des ravages parmi les plus pauvres de la ville<sup>4</sup>.

Katherine McCuaig affirme que la lutte antituberculeuse menée par les réformistes urbains cible les causes sociales de la maladie dans le premier quart du siècle, et ce partout au Canada. Elle note elle aussi que les conditions de logements sont particulièrement désastreuses à Montréal<sup>5</sup>. Les conditions de vie de la classe ouvrière décrites par les historiens sont importantes pour notre recherche. Nous verrons que comme la tuberculose est vécue et soignée principalement dans le foyer familial des Montréalais de milieux défavorisés, ce milieu de vie a un impact majeur sur le cours de la maladie.

---

<sup>3</sup> Terry Copp, *The Anatomy of Poverty: The Condition of the Working Class in Montreal 1897-1929*, Toronto, McClelland and Stewart, 1974, p.70, 76.

<sup>4</sup> Paul-André Linteau, *Brève histoire de Montréal*, Montréal, Boréal, 2007, p.95-96, p.112-113.

<sup>5</sup> Katherine McCuaig, *The Weariness, the Fever, and the Fret: The Campaign against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999, p.12.

La lutte antituberculeuse à domicile passe par l'éducation. Les médecins réformistes affirment vouloir réduire « l'ignorance » de la classe ouvrière par l'entreprise éducative<sup>6</sup>. La notion d'ignorance revient souvent dans les travaux des historiens sur les critiques faites à la famille par la société et plus particulièrement par les médecins. Claudine Pierre-Deschêne affirme que l'ignorance de la population est une réponse fréquente des commissaires de la Commission royale de la tuberculose pour expliquer l'étendue des ravages de la maladie<sup>7</sup>. Dans *Un Québec en mal d'enfants*, Denyse Baillargeon démontre que la mère est tenue comme principale responsable de la mortalité infantile par les médecins canadiens-français dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Elle affirme que ces médecins associaient directement la mortalité infantile à l'ignorance des mères quant aux soins à donner à leurs enfants et aux notions d'hygiène de base<sup>8</sup>. Andrée Lévesque remarque elle aussi cette responsabilité qu'on impute aux mères et à leur « ignorance ». L'historienne note aussi que les mères sont la cible des hygiénistes lors de cette période<sup>9</sup>. Rima Apple abonde dans le même sens et affirme que l'idéologie du « *scientific motherhood* » tient les mères responsables de la santé et du bien-être de la famille, mais refuse de leur donner le plein contrôle sur l'éducation des enfants<sup>10</sup>. Nous voyons que les femmes sont souvent tenues responsables de la santé de leur famille et nous verrons que c'est aussi le cas dans les familles tuberculeuses.

---

<sup>6</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.15.

<sup>7</sup> Claudine Pierre-Deschênes, *La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1980, p.177.

<sup>8</sup> Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2004, p.94.

<sup>9</sup> Andrée Lévesque, « Mères ou malades : les Québécoise de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 (Juin 1984) : 26-27.

<sup>10</sup> Rima D. Apple, « Constructing Mothers : Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries », *Social History of Medicine*, 8, 2 (août 1995) : 162, 168.

En effet, les soins à domicile des tuberculeux dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle sont principalement l'affaire des femmes. L'infirmière et la mère de famille jouent des rôles primordiaux dans la lutte antituberculeuse, alors que la travailleuse sociale est au coeur de l'assistance sociale aux malades. L'infirmière est la principale dispensatrice de soins médicaux pour les malades à la maison. Elle doit aussi éduquer les gens qu'elle visite, en plus de leur offrir un soutien psychologique et matériel. La travailleuse sociale est impliquée dans l'assistance des familles dans le besoin et nous permet d'avoir des dossiers détaillés relatant le cours de la maladie dans les familles. De son côté, la mère est celle qui prend soin de la famille et de la maison au quotidien. C'est à elle que revient le rôle de s'occuper de son enfant ou de son mari malade. Par contre, lorsque celle-ci tombe malade, c'est la vie de toute la famille qui s'en trouve bouleversée.

Dans la première partie de ce chapitre, nous nous pencherons d'abord sur les conditions de vie qui favorisent la propagation de la maladie chez les familles ouvrières de Montréal. Il sera aussi question de l'économie familiale en lien avec la maladie. Nous aborderons ensuite les disparités entre les recommandations médicales et la réalité des familles. Dans la deuxième partie du chapitre, nous examinerons le rôle de l'infirmière, de la travailleuse sociale et de la mère dans le contexte des soins à domicile des tuberculeux.

### 3.1 Maladie, pauvreté, misère et famille ouvrière

Le système de dispensaires antituberculeux adopté à Montréal fait en sorte que la maladie se vit souvent à domicile et donc en famille. Les patients dans les premiers stades de la maladie ne sont pas hospitalisés. Les médecins croient d'abord qu'ils peuvent être éduqués afin de ne pas être un danger pour leur environnement. Malheureusement, plusieurs tuberculeux nuisent inexorablement à leur entourage. Leurs conditions de vie, leur éducation et leurs finances ne leur permettent pas toujours de protéger adéquatement les leurs. Il faut nécessairement l'aide du dispensaire et des infirmières-visiteuses pour tenter de limiter la propagation de la tuberculose lorsqu'on est soigné à domicile.



### 3.1.1 Logement, famille et propagation de la tuberculose

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le logement est une préoccupation majeure pour les réformateurs et les artisans de la lutte antituberculeuse montréalaise<sup>11</sup>. C'est que le logement et la maladie sont intimement liés. L'éducation au sujet de l'habitation et de l'importance de l'air frais et de la ventilation dans les maisons est au cœur du discours des médecins réformistes de Montréal<sup>12</sup>. Ils prétendent qu'il n'y a pas de meilleur climat pour favoriser la santé que celui du Québec, mais disent qu'à Montréal, les gens s'entassent à l'intérieur pendant six mois dans des logements sans ventilation. De plus, ils affirment que la population vit avec de mauvaises règles d'hygiène et fait peu d'exercice<sup>13</sup>. Nous voyons que les médecins de la Ligue Antituberculeuse de Montréal et du *Royal Edward Institute* veulent faire changer les mentalités afin de réduire l'ampleur de la tuberculose dans la métropole. En revanche, nous pouvons croire que leur discours a pour but premier de convaincre les souscripteurs de continuer de faire des dons à leurs institutions, puisqu'il en va de leur survie.

Il arrive souvent que les médecins soient confrontés à plusieurs cas de tuberculose dans une même famille montréalaise<sup>14</sup>. Parmi la soixantaine de familles de tuberculeux qui ont demandé de l'aide à l'Institut Baron de Hirsch en 1920, il y a plusieurs cas où deux, trois,

---

<sup>11</sup> Terry Copp aborde en détail la question du logement en lien avec la santé publique à Montréal. Voir : Copp, *op. cit.*, p.70-87

<sup>12</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *Minute Book*, Montreal, December 1902 to March 1909, p.44.

<sup>13</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.17.

<sup>14</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.48, 47.

quatre ou même cinq membres sont malades<sup>15</sup>. Cette multiplication de tuberculeux dans un même domicile est liée à la nature contagieuse de la maladie, mais aussi à la pauvreté<sup>16</sup>. La pauvreté est quant à elle associée au logement défavorable à Montréal. Comme le souligne le rapport triennal de l'Institut Bruchési en 1915, « froid, humidité, manque d'air et de lumière, abondance de poussière, voisinage de cours et ruelles infectées font de la maison un précieux auxiliaire de la peste blanche.<sup>17</sup> ». La situation problématique de l'habitation ouvrière est donc mise en relief dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

Le manque d'éducation hygiénique et sanitaire joue aussi un rôle dans la propagation de la maladie. Les médecins et les infirmières du *Royal Edward Institute* affirment que la famille ouvrière ignore comment traiter la tuberculose et comment désinfecter son domicile<sup>18</sup>. Il est donc très important pour eux d'éduquer la population sur les avantages de la ventilation des maisons en hiver et d'éviter les chambres noires<sup>19</sup>. Pour ce faire, les institutions antituberculeuses planifient des conférences éducatives visant directement différents groupes de la population<sup>20</sup>. L'éducation est l'outil de prévention par excellence des médecins et des

---

<sup>15</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Fourth Annual Report*, Montréal, 1920, p.24.

<sup>16</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.48, 47.

<sup>17</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.8.

<sup>18</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.15.

<sup>19</sup> Les chambres noires sont des pièces sans fenêtres et donc sans ventilation. Elles sont considérées comme un ami de la tuberculose puisqu'elles limitent la circulation d'air frais.

<sup>20</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.48, 47.

infirmières, mais c'est aussi la meilleure façon de pouvoir contrôler et soigner les patients dans leur maison<sup>21</sup>.

En plus de l'éducation de la population, les acteurs de la lutte antituberculeuse croient que des mesures préventives devraient être organisées par l'administration municipale<sup>22</sup>. En effet, les institutions antituberculeuses de Montréal reprochent toutes aux gouvernements municipal et provincial leur inaction et leur manque de leadership dans le domaine de la santé publique<sup>23</sup>. Ceci n'est pas sans rappeler les propos de Terry Copp qui abonde dans le même sens et dénonce la responsabilité la Ville face aux questions de santé publique<sup>24</sup>. Le *Royal Edward Institute* souhaite qu'une campagne contre le balayage à sec soit mise sur pied<sup>25</sup>. Puis il veut que la Ville légifère sur le nombre maximum de personnes pouvant demeurer dans un logement selon le nombre de pièces<sup>26</sup>, un problème relevé dès 1904. Les médecins de la Ligue Antituberculeuse de Montréal constatent que les maisons où il y a eu des décès causés par la tuberculose sont surpeuplées, avec une moyenne de onze personnes pour dix pièces.

---

<sup>21</sup> Nous y reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre (voir section 3.2.1).

<sup>22</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.17.

<sup>23</sup> ANCJCCC, Michael Regenstreif, *Our History of Family Medicine*, The Herzl Family Practice Centre and Department of Family Medicine of the Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montréal, 1994, p.4; Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.30; Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.47-48.

<sup>24</sup> Copp, *op. cit.*, passim.

<sup>25</sup> Le problème du balayage à sec est relié aux crachats. Comme les gens crachent régulièrement par terre, le bacille tuberculeux se retrouve dans la poussière. En étant balayée, la poussière se retrouve dans l'air et augmentait les chances de propagation de la maladie. Une fois inspirée, la poussière peut contaminer les gens. Cette pratique propage les infections de façon alarmante, avec toute la poussière qui se retrouve dans l'air. Pour plus d'information sur la poussière, voir : Joseph A. Amato, *Dust: A History of the Small and the Invisible*, Berkeley, University of California Press, 2000, 250p.

<sup>26</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.17.

Parmi les pires cas observés, il y a des gens qui vivent à dix-huit personnes dans quatre pièces, ou à quinze personnes dans trois pièces<sup>27</sup>.

Selon les membres du *Montreal Tuberculosis Institute*, il faut aussi montrer aux familles comment utiliser les fenêtres, soit en les ouvrant le plus souvent possible, et mener un combat contre les chambres noires. Ils notent qu'il y a une loi contre l'occupation des chambres noires, mais pas de loi contre leur construction<sup>28</sup>. C'est illogique et très difficile à contrôler. Bien que certains propriétaires soient responsables de logements vraiment désuets, les chambres noires sont chose commune en ville. Sur 1200 maisons visitées en 1915, les inspecteurs municipaux travaillant pour l'Institut Bruchési ont trouvé 215 chambres noires, ce qui correspond à 18 %. Dans certains logis, il y avait même jusqu'à 3 chambres noires<sup>29</sup>. Les problèmes de circulation de l'air sont par conséquent répandus. Les spécialistes affirment que le problème du logement est principalement la faute de la ville et de ses lois. On refuse donc de blâmer les occupants pour les conditions médiocres de leur maison.

Nous constatons que les institutions antituberculeuses ne blâment pas non plus les propriétaires alors que ceux-ci ont tout de même une part de responsabilité à nos yeux. Ceci indique peut-être que certains souscripteurs sont en fait des propriétaires et que les institutions ne veulent pas les dénoncer dans le but de garder leur appui. De même, si les revendications des institutions de la lutte antituberculeuse sont nombreuses, elles se montrent prudentes dans leurs rapports annuels, car leur financement dépend en partie de l'État. C'est le cas de l'Institut Bruchési qui parle du « concours efficace » du gouvernement lorsqu'on lui

---

<sup>27</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1904, p.13.

<sup>28</sup> The Montreal Tuberculosis Institute, *Minutes of Committees*, Montréal, 7 novembre 1905.

<sup>29</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.13.

demande de l'aide directement<sup>30</sup>, mais qui affirme aussi qu'il n'y a pas assez de financement provenant du municipal et du provincial<sup>31</sup>.

En attendant des changements au niveau municipal, dès 1910, l'Institut Baron de Hirsch puis le dispensaire Herzl adopte une politique de déplacement des familles qu'il assiste. Étant donné le lien incontestable entre le logement et la tuberculose, les médecins du dispensaire décident de déménager des familles dans des secteurs plus riches de la ville<sup>32</sup>. En amenant les malades aux limites nord de la ville, ceux-ci se retrouvent dans un environnement plus sanitaire<sup>33</sup>. Ils veulent éviter que les malades retournent dans leur logement infecté après les traitements médicaux<sup>34</sup> et le déplacement des familles a pour but de contrer ce retour dangereux à la maison. Cette pratique est toutefois difficile à maintenir puisque les loyers augmentent rapidement autour de 1920 dans les quartiers plus aisés et plus sains que sont le Mile-End et Papineau<sup>35</sup>. Bien qu'elle ne soit pas envisageable à long terme, cette tactique démontre que les médecins sont conscients de l'impact négatif des logements sur les familles.

Les médecins de l'Institut Bruchési constatent que la tuberculose se propage au sein des familles. Ils font un lien entre la tuberculose et l'alcoolisme. Au début du siècle, ces médecins disent observer que 50 % des tuberculeux ont un antécédent d'alcoolisme dans leur

---

<sup>30</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.13.

<sup>31</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.47-48.

<sup>32</sup> Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society of Montreal, *Annual Report*, Montréal, 1914, p.17 et Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *First Annual Report*, Montréal, 1917, p.73.

<sup>33</sup> Baron de Hirsch Institute, *Annual Report*, Montréal, 1910, p.5.

<sup>34</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1913, p.12.

<sup>35</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Fourth Annual Report*, Montréal, 1920, p.25.

histoire personnelle (20 %) ou familiale (30 %)<sup>36</sup>. Louise Côté nous permet de mettre de tels chiffres en perspective alors qu'elle affirme que ce qui unit la tuberculose et l'alcoolisme au début du XX<sup>e</sup> siècle tient plus de la perception de dégénération sociale de la classe ouvrière par les classes moyenne et bourgeoise que de la comorbidité démontrée. Cette attribution venant des réformistes face à la classe ouvrière, sa pauvreté et son mode de vie serait davantage une question de préjugé que de constat scientifiquement prouvé. Nous reconnaissons toutefois que le problème de contamination au sein de la famille est réel.

La situation du logement ne sera pas révolutionnée par la Ville au cours de la période étudiée, mais les artisans de la lutte antituberculeuse vont tenter d'améliorer la vie des tuberculeux à domicile en s'attaquant au logement. Même si on éduque les familles sur les conditions de vie idéales pour prévenir la contagion et éliminer la maladie, celles-ci n'ont pas souvent les moyens d'adopter les normes enseignées.

### 3.1.2 Maladie, travail et finance

La maladie change la vie d'une famille. S'occuper d'un tuberculeux à la maison demande du temps, de l'énergie et aussi de l'argent. En effet, il faut lui donner des soins adéquats, mais aussi le nourrir plus copieusement. Pour de nombreuses familles de la classe ouvrière, il est difficile d'isoler le tuberculeux et de répondre à ses besoins particuliers. Tout cela est d'autant plus ardu lorsque c'est le père ou la mère de famille qui est atteint de la maladie. Dans le premier cas, le revenu de la famille est considérablement diminué lorsque le père doit s'absenter de son travail compte tenu de son état de santé. Dans le second, toute la famille se retrouve désorganisée lorsque la mère ne peut plus s'occuper de la maison, des repas et des enfants à cause de la tuberculose. En effet, selon le département du *Family Welfare* de l'Institut Baron de Hirsch, la maladie est le plus grand facteur de détérioration de la vie

---

<sup>36</sup> Institut Bruchési, *Premier rapport annuel du dispensaire et du préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.18.

familiale<sup>37</sup>. Il faut alors réorganiser la famille et trouver de l'aide à l'extérieur du noyau familial.

Pour les familles ouvrières, la vie est déjà précaire économiquement lors de la période étudiée, et la maladie ne fait qu'empirer la situation. Les dispensaires antituberculeux de Montréal travaillent principalement à aider les familles les plus pauvres. Le bénévolat des médecins, les organismes qui offrent la main-d'œuvre des infirmières à peu de frais ou même gratuitement et la charité faite par les plus nantis permettent aux dispensaires antituberculeux d'accomplir leur œuvre auprès d'une population démunie devant le fléau de la tuberculose.

Les institutions antituberculeuses offrent leurs soins gratuitement lorsque les malades ne peuvent payer. Elles tentent toutefois de demander des contributions selon ce que la famille du malade peut déboursier. C'est le cas du *Royal Edward Institute* et des infirmières du VON. Ces dernières trouvent parfois injuste que les patients francophones catholiques paient moins pour leurs soins que tous les autres dont elles s'occupent<sup>38</sup>, malgré le fait qu'ils représentent près de la moitié des malades visités<sup>39</sup>. De leur côté, les infirmières et les médecins de l'Institut Bruchési pensent autrement. Ils semblent beaucoup moins préoccupés par la contribution monétaire des malades. Ils affirment qu'ils savent « trop que le strict nécessaire manque à la plupart de nos malades tuberculeux alors que leur état réclame une existence plus reposée, mieux nourrie, plus facile, pour les mettre dans l'alternative de mourir faute de soins ou de payer pour obtenir ces soins<sup>40</sup>. » Ainsi, à l'Institut Bruchési on affirme ne

---

<sup>37</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Fourth Annual Report*, Montréal, 1920, p.24.

<sup>38</sup> Il semble que les patients francophones catholiques paient moins car ils n'en ont pas les moyens et le VON pense que des organismes franco-catholiques devraient payer pour les soins de ces tuberculeux. Victorian Order of Nurses, *Minutes Advisory Committee on Nursing*, Montréal, 10 novembre 1949, p.3.

<sup>39</sup> *Id.*, *Minutes Board of Directors Meeting*, Montréal, 1914-1919, p.79, 87, 265.

<sup>40</sup> Institut Bruchési, *Rapport biennal*, Montréal, 1920-1922, p.18.

pas pouvoir penser que la classe indigente abuse de la générosité des organismes qui offrent des soins médicaux gratuitement<sup>41</sup>. L'aide est donc fournie à tous ceux qui en ont besoin, peu importe leur situation financière.

Pour ce qui est de la communauté juive, nous constatons que les intervenants tentent toujours de voir si le patient peut payer pour ses soins ou son séjour au sanatorium. En effet, les travailleuses sociales contrôlent les demandes de chômage et les institutions n'apportent de l'aide financière qu'après avoir vérifié qu'aucun membre de la famille (proche ou éloignée) ne peut subvenir aux besoins des malades et de leurs proches. Ils poussent donc l'enquête plus loin que l'institution antituberculeuse protestante<sup>42</sup>. Par contre, les médecins de l'Institut Baron de Hirsch sont conscients qu'avec l'aide que l'institution apporte aux malades et à leur famille, plusieurs s'en sortent et arrivent à ne plus être dépendants de l'organisation<sup>43</sup>. Ils savent qu'en dépit du fait que cette aide financière aux malades à domicile est insuffisante pour stopper la maladie, elle permet tout de même aux malades de rester avec leur famille. C'est pourquoi l'Institut Baron de Hirsch aide 50 familles de tuberculeux en 1910<sup>44</sup>. D'ailleurs, l'institution affirme que les familles de malades sont

---

<sup>41</sup> *Id.*, *Rapport biennal*, Montréal, 1920-1922, p.18.

<sup>42</sup> Deux dossiers illustrent les démarches que l'Institut est prêt à faire afin de s'assurer que le patient ne peut pas payer pour ses soins. Dans un premier dossier, on explique que le mari a été congédié et qu'il est impossible pour lui de payer pour le séjour au sanatorium de sa femme. On apprend que la travailleuse sociale a appelé au travail de cet homme pour connaître la raison de la mise à pied. Le dossier d'un immigrant récent non admissible aux subventions de la Ville indique que la travailleuse sociale a tenté de rejoindre un oncle vivant à New York afin qu'il puisse payer pour le séjour au sanatorium de cet homme. ANCIJCCC, Dossier-X 1002, Dossier-X 1013.

<sup>43</sup> Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society of Montreal, *Annual Report*, Montréal, 1903, p.7.

<sup>44</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1910, p.5, 13.



souvent condamnées à vivre de la charité seulement<sup>45</sup>. Il faut donc offrir un soutien temporaire aux patients dans le besoin afin de les aider à retrouver leur autonomie.

À Montréal, la pauvreté des familles ouvrières est telle que plusieurs d'entre elles n'ont même pas les moyens de verser une petite somme pour leur traitement. Sans l'aide des organismes, ces familles n'auraient pas accès à un traitement. Le chômage important au début des années 1920, conséquence du contexte de récession économique, augmente d'autant plus les difficultés matérielles et fait obstacle à l'amélioration de l'environnement et de l'hygiène des familles<sup>46</sup>.

La tuberculose a par le fait même des répercussions importantes sur l'économie familiale. Selon les infirmières du VON, la maladie est plus présente chez les pauvres et comme elle est d'une durée habituellement longue, elle met le patient et sa famille dans une situation difficile<sup>47</sup>. Paul-André Linteau affirme d'ailleurs qu'alors que les conditions de vie s'améliorent à Montréal, la tuberculose s'attaque dorénavant plus aux pauvres qu'aux nantis de la ville<sup>48</sup>, ce qui vient confirmer les dires des infirmières-visiteuses quant à la prépondérance de la maladie chez cette population. Le comité de secours du Royal Edward Institut affirme en 1910 que dans la majorité des cas de tuberculose, c'est le soutien de famille, le père, qui est affligé par la maladie<sup>49</sup>. Quoique toutes les institutions parlent de l'importance de la maladie chez le père, nous devons nous questionner sur l'affirmation du *Royal Edward Institute*. Dans le rapport annuel de 1911, ils affirment que plus de femmes

<sup>45</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1912, p.6.

<sup>46</sup> Institut Bruchési, *Rapport biennal*, Montréal, 1920-1922, p.17.

<sup>47</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 12 mars 1940, p.237.

<sup>48</sup> Linteau, *op. cit.*, p.113.

<sup>49</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.39.

meurent de la tuberculose que d'hommes<sup>50</sup>. Dans la même perspective, le rapport annuel de l'Institut Bruchési pour 1915 à 1916 mentionne qu'il y a trois fois plus de femmes que d'hommes qui viennent au dispensaire<sup>51</sup>. Ces informations portent à croire que plus de femmes contractent la maladie ou encore que les femmes sont plus portées à chercher de l'aide.

Un facteur en particulier pourrait expliquer pourquoi les hommes sont moins nombreux à fréquenter le dispensaire. Le bureau médical de l'Institut Bruchési affirme que souvent, le chef de famille travaillant dans une usine ne peut pas aller consulter un médecin au début de la maladie. Ne pouvant se permettre de chômer, les pères de famille se rendent donc généralement au dispensaire alors qu'ils ne peuvent plus travailler. Les médecins affirment que dans plusieurs cas, cela veut dire qu'il est déjà trop tard<sup>52</sup>. L'historienne Jessica M. Robbins, qui a étudié les infirmières antituberculeuses dans le contexte américain, affirme que les tuberculeux avaient peur de perdre leur emploi et pensaient qu'en allant se faire soigner on pourrait les empêcher de retourner au travail<sup>53</sup>. Nous pouvons penser que ces propos s'appliquent aussi en partie au contexte montréalais. La peur de perdre leur emploi nous semble une raison crédible pour expliquer la réticence des hommes à aller au dispensaire dès l'arrivée des premiers symptômes de la maladie.

Lorsque le père doit manquer le travail à cause de son état de santé, la famille se retrouve généralement sans revenu et dans la misère. En conséquence, la maladie du père est la première cause de consultation du département d'assistance sociale aux familles de

---

<sup>50</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.16.

<sup>51</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.15.

<sup>52</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.27.

<sup>53</sup> Robbins, *loc. cit.*, 427.

l'Institut Baron de Hirsch<sup>54</sup>. Une étude d'Isabelle Soucy avait d'ailleurs mis en relief le rôle du chef de famille comme pourvoyeur principal de la famille juive montréalaise au tournant du XX<sup>e</sup> siècle<sup>55</sup>. Les éléments mis en lumière suggèrent l'impact important de la perte de revenu du père occasionnée par la maladie.

La convalescence du soutien de famille a un impact sur la vie de famille et le retour à la vie normale peut être difficile. En effet, lorsque le père se remet de la maladie, il est souvent encore trop malade pour faire du travail manuel. Les dispensaires tentent alors de lui trouver un travail léger<sup>56</sup>. Ce n'est toutefois pas toujours possible. Il faut donc du temps et du soutien pour aider la famille à reprendre sa routine.

Nous constatons que les institutions antituberculeuses jouent alors un rôle important dans l'assistance sociale des tuberculeux et de leur famille. En effet, une grande partie du budget des dispensaires sert cette cause, aidant à subvenir aux besoins des familles. En 1910, le *Royal Edward Institute* alloue 1000 \$ par mois pour du lait, des œufs et le secours aux familles. On fournit aussi des repas, des vêtements et des couvertures aux familles dans le besoin. Le dispensaire procure même de l'argent pour payer le loyer, la chambre ou le séjour en campagne lorsque nécessaire<sup>57</sup>. Les femmes du *Ladies' Committee* s'occupent entre autres d'amasser des fonds, avec par exemple une campagne annuelle de vente de timbres de Noël qui contribue au financement du *Royal Edward Institute*<sup>58</sup>. Elles sont aussi impliquées

---

<sup>54</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Twenty-Third Annual Report*, Montréal, 1939, p.24.

<sup>55</sup> Isabelle Soucy, *La famille juive à Montréal au tournant du XX<sup>e</sup>*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1999, p.109.

<sup>56</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1019.

<sup>57</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.40, 39.

<sup>58</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.41.

directement avec les patients en offrant la soupe aux patients visitant le dispensaire sur l'heure du dîner, ou encore en distribuant des desserts maison au domicile des malades<sup>59</sup>.

À l'Institut Bruchési, une importante partie du budget est aussi allouée à l'aide matérielle aux familles. Entre 1912 et 1915, 456 \$ ont servi à distribuer des provisions aux malades nécessiteux, alors que 741 \$ de vêtements ont aussi été distribués. Ce travail est rendu possible grâce à la charité<sup>60</sup>. Les Dames de la charité de l'Institut Bruchési amassent régulièrement des vêtements et des denrées destinés aux patients, en plus d'organiser un souper de Noël pour les indigents<sup>61</sup>. Les dispensaires apportent ainsi un soutien direct aux familles, dans un contexte où leur budget est des plus serrés. Les besoins et le coût de la vie évoluant au cours des cinquante premières années du XX<sup>e</sup> siècle, l'assistance sociale est tantôt au centre de l'action du dispensaire, comme lors de périodes de dépression économique, et tantôt plus en périphérie, comme en temps de guerre et dans l'après-guerre.

La pauvreté est au cœur du quotidien des tuberculeux à domicile. Cette pauvreté est en lien direct avec la santé. La résistance aux infections diminue dans une situation où les moyens de subsistance sont contraints, soit lorsqu'on est mal nourri et logé. Les infirmières du VON disent que le mauvais logement, l'entassement, la malnutrition, le manque de combustible et de vêtements chauds contribuent à la faible résistance contre la tuberculose<sup>62</sup>. Les travailleuses sociales observent cette réalité chez des patients du dispensaire Herzl<sup>63</sup>. C'est alors un cercle vicieux, puisque dans les familles où une personne est atteinte de

---

<sup>59</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.38.

<sup>60</sup> *Notes concernant la participation des Sœurs de la Providence aux activités de l'Institut Bruchési de 1911 à 1942*, Montréal, 28 février 1942.

<sup>61</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.10.

<sup>62</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 15 février 1939, p.197.

<sup>63</sup> ANCIJCCC, Dossier-X 1024, Dossier-X1030.

- tuberculose, on doit généralement se priver et se sacrifier. On devient ainsi plus vulnérable aux maladies. La maladie prolongée, surtout chez le chef de famille, amène fréquemment à la destitution et l'aide du dispensaire devient donc nécessaire. Son rôle est d'aider les tuberculeux et leur famille à domicile et de faire le plus possible pour les guérir et tenter de prévenir qu'ils deviennent un danger pour les autres<sup>64</sup>.

Malgré l'augmentation de l'emploi et conséquemment des conditions de vie, il y a toujours un nombre croissant de patients tuberculeux à Montréal dans les années 1940. C'est pourquoi les besoins d'assistance sociale et médicale demeurent élevés<sup>65</sup>. Les dispensaires antituberculeux tentent de remédier à cette situation et d'apaiser la pauvreté des familles tout au long de la période étudiée. En plus de l'apport financier et matériel, les institutions font un travail médical important de soins des tuberculeux à domicile et de prévention de la maladie chez la population. Dans la section qui suit, nous verrons comment les organismes procédaient et comment les familles vivaient la réalité de la maladie dans leur foyer.

### 3.2 La lutte au foyer

Entre 1900 et 1950, la majorité des tuberculeux montréalais vivent leur convalescence à la maison. Le système de dispensaire est en grande partie responsable de cette situation. Le manque de lits pour hospitaliser les tuberculeux contribue aussi à la prévalence des soins à domicile dans la métropole. Malgré le fait que les organismes s'occupant de la tuberculose dans la communauté juive de Montréal envoient systématiquement tous leurs patients au sanatorium<sup>66</sup>, les tuberculeux vivent tout de même

---

<sup>64</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1904, p.10.

<sup>65</sup> Hebrew Consumptive Aid Association of Canada Inc., *Thirty-Sixth Annual Report*, 1941, p.4.

<sup>66</sup> Le chapitre précédent fait mention que dans 44 des 45 dossiers du ANCJCCC, les patients tuberculeux ont été traités au sanatorium.

tous l'expérience de la maladie à la maison avant ou après leur séjour. Pour les familles, il est donc commun d'avoir un ou plusieurs tuberculeux au foyer au cours de l'évolution de la maladie.

### 3.2.1 L'éducation sanitaire des tuberculeux

Comme on vit la cure à la maison, l'éducation est à la base du traitement des tuberculeux. Elle permet aux malades d'apprendre à se soigner et d'éviter la contagion. Cette éducation a un impact positif sur l'évolution de la maladie, mais aussi sur l'état des malades qui décident de consulter un médecin<sup>67</sup>.

Les institutions antituberculeuses tentent de ce fait d'éduquer la classe ouvrière sur la tuberculose par plusieurs moyens. À l'Institut Bruchési et au *Royal Edward Institute*, des campagnes d'éducation hygiénique populaire et des conférences illustrées ont pour but de réduire la propagation de la maladie. Selon l'Institut Bruchési, celles-ci donnent de bons résultats<sup>68</sup> et les médecins remarquent qu'avec le temps, plus de patients se présentent au dispensaire davantage dans les premiers stades de la maladie<sup>69</sup>. Les médecins du dispensaire Herzl remarquent eux aussi qu'au fil des ans les malades les consultent rapidement, dès l'apparition des premiers symptômes, leur permettant ainsi de détecter les cas de tuberculose

---

<sup>67</sup> En effet, les médecins de l'Institut Bruchési affirment que les patients qui consultent alors qu'ils sont dans un stade plus avancé de la maladie sont moins instruits sur la tuberculose. Institut Bruchési, *Premier rapport annuel du dispensaire et du préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.14.

<sup>68</sup> *Id.*, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.15.

<sup>69</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1917-1918, p.12. Nous avons expliqué les différents stades de la maladie au chapitre 2. Les tuberculeux considérés dans le troisième stade de la maladie sont ceux qui sont très atteints et pour qui le traitement recommandé est l'hospitalisation. Les médecins considèrent qu'ils ne peuvent pas rester dans leur maison et que la maladie est trop avancée pour que le traitement sanatorial fonctionne. En fait, les médecins n'ont pas de traitement adéquat pour ces malades et c'est pour cela qu'ils affirment que ces tuberculeux viennent consulter trop tard.

plus tôt. Comme les médecins de l'Institut Bruchési, ils attribuent ce progrès à l'éducation antituberculeuse grandissante<sup>70</sup>. Sans confirmer la réduction de la prolifération de la tuberculose, ceci nous indique que la classe ouvrière est plus informée des symptômes de la maladie grâce au programme éducatif. Selon que les institutions s'adressent aux écoliers, aux mères de famille ou aux travailleurs dans les usines et les manufactures, ils abordent des sujets différents. Le *Royal Edward Institute* organise aussi des conférences sur la tuberculose en tant que maladie, sur son traitement, sur la tuberculose et le logement, sur les vêtements et la nutrition en lien avec la maladie, ainsi que sur le lien entre l'alcool et la tuberculose<sup>71</sup>. Par l'exploration de ces différents thèmes, les institutions antituberculeuses veulent démystifier tous les aspects de la maladie. La campagne éducative de l'institution inclut aussi la distribution de feuillets dans les principaux journaux francophones et anglophones de la ville, une série de films sur la campagne antituberculeuse, des démonstrations, des projections et des conférences publiques. Les activités proposées s'adressent tantôt aux enfants, tantôt aux adolescents ou aux adultes<sup>72</sup>.

Pour ce qui est d'instruire les personnes atteintes de la maladie, les infirmières et les médecins distribuent des pamphlets et de la documentation aux tuberculeux qui se présentent aux dispensaires et à ceux qu'ils visitent à domicile. Le guide *Consumption : Treatment at Home and Rules for Living*<sup>73</sup>, rédigé par un médecin spécialiste et utilisé à Montréal, est un de ces documents qui explique le traitement à suivre à la maison<sup>74</sup>. Il contient des pages

---

<sup>70</sup> The Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *First Annual Report*, Montréal, 1917, p.73.

<sup>71</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.48, 47.

<sup>72</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.49-53.

<sup>73</sup> H. Warren Crowe, *Consumption : Treatment at Home and Rules for Living*, Ottawa, The Canadian Association for the Prevention of Tuberculosis, 1909, 37p.

<sup>74</sup> Ce document est un des premiers en son genre utilisé à Montréal par le *Royal Edward Institute*.

blanches destinées à l'usage du médecin du dispensaire afin qu'il les complète avec des instructions sur les soins adaptés à chaque patient. On y retrouve des règles à suivre pour traiter la tuberculose dans le milieu de vie et les explications de ces règles. Les principes de bases de la cure sont l'air frais, le soleil ainsi que la persévérance et l'assiduité du traitement. On y parle aussi de l'importance de la nutrition, du repos et de prendre sa température corporelle. Cette méthode d'éducation par la distribution de documentation est très répandue à Montréal. Nous constatons que les infirmières de l'Institut Bruchési<sup>75</sup> et du *Royal Edward Institute*<sup>76</sup> distribuaient des pamphlets dès le début de la deuxième décennie du XX<sup>e</sup> siècle. Pour ce qui est de l'institution protestante, nous observons que cette pratique, quoique plus importante dans ces quatre premières années d'activité avec une distribution de 11 100, 12 181, 8795 et 8005 pamphlets respectivement, demeure importante jusqu'en 1939, alors que 3050 feuillets sont remis à des patients<sup>77</sup>. Denyse Baillargeon a montré que la distribution de brochures informatives était partie prenante du programme de soins à domicile des infirmières de la compagnie d'assurance-vie La Métropolitaine pour le traitement des maladies infectieuses dès 1909 et des soins pré et postnatals à partir de 1914, la prévention étant un aspect important de leur travail<sup>78</sup>. Rima D. Apple a aussi démontré que le gouvernement américain tentait de rejoindre et d'éduquer les mères sur les soins des enfants à l'aide de pamphlet<sup>79</sup>.

---

<sup>75</sup> Institut Bruchési, *Premier rapport annuel du dispensaire et du préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.13.

<sup>76</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.31.

<sup>77</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1939, p.13.

<sup>78</sup> Denyse Baillargeon, « Les rapports medecins-infirmieres et l'implication de la Métropolitaine dans la lutte contre la mortalite infantile, 1909-53 », *The Canadian Historical Review*, 77, 1 (1996) : 34.

<sup>79</sup> Rima D. Apple, « Constructing Mothers : Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries », *Social History of Medicine*, 8, 2 (août 1995) : 162, 168.



Certains tuberculeux montréalais font un séjour au sanatorium pour améliorer leur état de santé. Ce sont principalement les patients du dispensaire Herzl qui sont envoyés par cette institution au sanatorium du Mont Sinaï, à Sainte-Agathe. La communauté protestante possède aussi un sanatorium à Ste-Agathe-des-Monts et y envoie les patients qui peuvent se permettre de quitter leur domicile. À leur retour, les médecins souhaitent qu'ils deviennent des disciples de la cause, amenant avec eux les lois d'hygiène qu'ils ont apprises pendant leur cure, et pouvant les intégrer à la maison en les partageant avec leur famille. Les tuberculeux apprennent aussi comment éviter de mettre en danger leurs collègues à la « shop » lors de leur séjour au sanatorium<sup>80</sup>. Cet idéal présenté par les médecins n'est pas nécessairement mis en pratique par tous les malades. Nous observons d'ailleurs que dans certains cas, des membres d'une même famille fréquentent le sanatorium lors d'années différentes, ce qui pourrait indiquer que certains malades ne mettent pas en pratique les règles apprises au sanatorium ou ne partagent pas leurs nouvelles connaissances avec leur famille<sup>81</sup>. Nous observons aussi que ces nouvelles connaissances du tuberculeux en rémission ne sont pas toujours comprises par tous ceux qui l'entourent. Par exemple, à son retour du sanatorium, un homme se dit inquiet, car les gens ne réalisent pas la nature infectieuse de sa maladie, spécialement pour le bébé de sa sœur avec qui il vit. Sa préoccupation pour sa famille va l'amener à s'isoler pour la protéger<sup>82</sup>. Un séjour au sanatorium pouvait donc avoir un effet très positif sur la vie à domicile, favorisant la propagande antituberculeuse et les règles d'hygiène, mais ne garantissant pas pour autant un comportement exemplaire et le partage des connaissances nouvelles.

---

<sup>80</sup> *The Laurentian Society for the treatment and control of tuberculosis*, Ste-Agathe-des-Monts, s.d., p.7.

<sup>81</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1006, Dossier-X 1024, Dossier-X 1030, Dossier-X 1033.

<sup>82</sup> *Id.*, Dossier-X 1037.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, une autre technique pour soigner les patients à domicile est de les enrôler dans un cours de jour pour tuberculeux. Grâce à ce cours, les malades peuvent être traités à la maison<sup>83</sup>. Ce cours est offert depuis 1908 par l'*Emmanuel Church* et il est donné par une infirmière du VON au *Royal Edward Institute* à partir de 1909. Au cours des deux premières années, seize patients y ont participé, dont cinq qui ont quitté le cours parce qu'ils sont jugés comme étant guéris. Les infirmières visitent aussi ces patients et des tuberculeux dans des stades avancés de la maladie dans leur foyer. Au fur et à mesure, elles sont encouragées par le progrès des élèves. Dans le rapport annuel de 1909, les infirmières du VON affirment même que :

There is much less difficulty than there was in getting patients to fulfil the conditions necessary for improving their health. Their houses are cleaner, walls have been white-washed, beds are kept tidy, the separate cots used for the T.B.C. cases. Families have been persuaded to move from bad surroundings and poor houses to healthier localities, and quite an exodus due to the nurse's influence, will take place the 1st of May<sup>84</sup>.

Les infirmières démontrent ici un bel enthousiasme, mais il est difficile de croire tout ce qu'elles affirment, étant donné ce que nous avons appris sur le logement des tuberculeux dans la première section de ce chapitre. L'avancée des connaissances des familles fait en sorte que celles-ci veulent avoir des conditions de vies plus saines, mais comme nous l'avons vu plus tôt, la pauvreté demeure un obstacle de grande taille. En 1909, on peut probablement percevoir de l'amélioration quant aux habitudes de vie, tel que mentionné ci-haut par les infirmières du VON<sup>85</sup>, mais les meilleures conditions matérielles ne peuvent être changées qu'avec l'aide financière d'organismes caritatifs. Ces informations nous permettent donc de

---

<sup>83</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1913, p.12.

<sup>84</sup> *Id.*, *Twelfth Annual Report*, Montréal, 1909, p.14.

<sup>85</sup> Ces habitudes sont surtout liées à un meilleur entretien des maisons.

suggérer que les conditions améliorées dont parlent les infirmières du VON ne sont pas dues à un changement dans la volonté des familles, mais bien à l'aide qui leur est apportée.

Le cours offert aux tuberculeux continue à parfaire leur éducation au cours des années suivantes. En 1911, c'est vingt-deux patients qui ont participé à la formation de jour offerte par l'*Emmanuel Church*. Parmi eux, quatre sont décédés, cinq sont rétablis et ont quitté le cours, deux quitteront bientôt, trois sont retournés au travail, mais viennent encore au cours et douze poursuivent la formation<sup>86</sup>. Les infirmières sont alors plus réalistes dans leur perception des progrès de leurs protégés en disant que :

On the whole the patients have faithfully carried out the instructions given them as regards their life at home, though these are often very difficult to fulfil on account of their poor surroundings. Poverty is one of the difficulties that confront the nurse in this work and it must be relieved in a great measure if anything is to be attempted in the home. There is also the difficulty, on the one hand, of making the patient realize that unless certain precautions are taken he is a source of danger to those around him, and, on the other hand, of persuading his relations and friends that after such precautions have been taken, the danger of infection for them is removed.<sup>87</sup>

Les infirmières du VON se sont donc ravisées pour donner une vision plus réaliste des résultats du cours destiné aux tuberculeux. Nous voyons donc que, malgré les effets positifs du cours sur les patients, il reste du travail à faire. L'éducation doit se faire sur tous les fronts et atteindre tous les membres d'une famille. L'éducation hygiénique des familles ouvrières est lente, mais féconde<sup>88</sup>. Par contre, nous constatons que plusieurs règles qu'on tente d'inculquer à la classe ouvrière sont en contradiction avec leur réalité.

---

<sup>86</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.14-16.

<sup>87</sup> *Ibid.*

<sup>88</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.7.

### 3.2.2 Prescriptions versus réalité

Pour lutter contre la tuberculose et prévenir la propagation de la maladie, nous avons vu que des campagnes et des outils de propagandes sont mis sur pied. Les tuberculeux sont ainsi soumis aux conseils et aux recommandations des membres de la profession médicale. On veut leur dire comment vivre, comment se soigner et comment protéger leur environnement. Ces conseils s'adressent aussi à leur famille et aux non-tuberculeux. La lutte antituberculeuse montréalaise étant principalement l'œuvre de l'élite de la société, il arrive que certains conseils ou instructions ne puissent être suivis par la classe ouvrière. En effet, les prescriptions faites par les médecins et les infirmières se heurtent souvent aux limites financières et matérielles des moins nantis. Nous verrons comment les tuberculeux de la classe ouvrière vivaient cette disparité entre les prescriptions et la réalité des soins à domicile.

Les conseils des médecins sont essentiels aux tuberculeux qui vivent à la maison. Par contre, certaines recommandations sont irréalistes pour la famille ouvrière, comme l'ont démontré plusieurs historiennes comme Georgina Feldberg et Valerie Minnett<sup>89</sup>. Par exemple, on invite les malades à adopter un mode de vie calme et sans stress<sup>90</sup>, alors que la tuberculose cause inévitablement de l'anxiété et de l'agitation chez le patient et sa famille. Il est aussi difficile pour beaucoup de patients pauvres de prendre du poids et de manger davantage lors de repas réguliers<sup>91</sup>, car les revenus de la famille sont réduits à cause du

---

<sup>89</sup> Georgina D. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 1995, p.82.; Valerie Minnett, «Disease and Domesticity on Display: The Montreal Tuberculosis Exhibition, 1908 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 23, 2 (2006) : 381-400. Sur ce sujet, voir aussi Pierre-Deschênes, *op. cit.*; Mary Anne Poutanen, Sherry Olson, Raphael Fischler et Kevin Schwartzman, « Tuberculosis in Town: Mobility of Patients in Montreal, 1925-1950 », *Histoire sociale/Social history*, 42, 83, (mai 2009) : 69-106.

<sup>90</sup> Crowe, *op. cit.*, p.20.

<sup>91</sup> *Ibid.*, p.29-30.

chômage imposé par la maladie. En plus de manquer d'argent et de vivre dans des conditions lamentables, les familles ont parfois de la difficulté à se procurer certains aliments de qualité dans leur quartier<sup>92</sup>. Cela explique pourquoi les malades tuberculeux représentent le groupe de malades qui demandent le plus d'aide charitable aux institutions médicales pour leur famille<sup>93</sup>.

Il nous semble aussi que les documents distribués au tuberculeux pouvaient être difficiles à comprendre pour des gens n'ayant pas un niveau de scolarité élevé. Usant d'un vocabulaire médical spécialisé, certaines informations sont plus difficiles à saisir pour les ouvriers et leur famille. Cette situation pouvait être améliorée grâce à l'aide des infirmières. À l'Institut Bruchési, on affirme qu'il vaut mieux que les sœurs distribuent moins de feuillets informatifs, mais qu'elles s'assurent que les informations soient bien comprises<sup>94</sup>. Les campagnes illustrées permettent aussi de véhiculer des comportements à adopter ou à proscrire de manière directe et accessible à tous les membres de la famille. Nous constatons tout de même que les campagnes éducatives des dispensaires sont fondées sur les perceptions des élites quant à la classe ouvrière.

La place des femmes est cruciale dans la campagne antituberculeuse montréalaise et le corps médical le constate. Les médecins veulent aider à enlever le stigma qui fait du Canada le seul pays où plus de femmes que d'hommes meurent de la tuberculose<sup>95</sup>. En effet, la Commission royale de la tuberculose de 1910 a révélé que deux fois plus de femmes meurent de la maladie au Québec qu'en Angleterre, et que ces décès féminins atteignent des

---

<sup>92</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, , *First Annual Report*, Montréal, 1904, p.7.

<sup>93</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1913, p.22.

<sup>94</sup> Institut Bruchési, *Premier Rapport Annuel du Dispensaire et du Préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.44

<sup>95</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.16.

proportions plus élevées qu'ailleurs dans le monde<sup>96</sup>. Dans le discours des artisans de la lutte antituberculeuse, les mères de famille sont particulièrement visées. Comme elles sont responsables du domicile, plusieurs des recommandations sur la cure à la maison s'appliquent aux femmes. Une des méthodes pour éduquer les mères est proposée par le *Royal Edward Institute*. On suggère que les femmes servent de modèle aux autres femmes, en leur montrant comment s'occuper de leurs enfants, comment les nourrir, comment se vêtir et comment vivre de façon sanitaire<sup>97</sup>. De cette façon, les femmes de la classe moyenne tentent d'instaurer leurs méthodes et leurs standards aux femmes plus pauvres de la ville.

Cela n'est pas sans rappeler la stratégie de la campagne antituberculeuse de San Francisco étudiée par Susan Craddock<sup>98</sup>. Dans cette métropole américaine, les sanatoriums ont été utilisés pour réformer et éduquer les femmes de la classe ouvrière afin d'en faire des femmes de la classe moyenne, dans l'optique d'un projet de citoyenneté. On renforçait la notion de responsabilité de la femme, dans son rôle de mère et celui d'épouse, sur l'ordre et l'hygiène de la maison familiale. Cet idéal de réforme des classes sociales inférieures et de solidification du rôle domestique de la femme promu par les artisans de la lutte antituberculeuse n'était pas nécessairement accessible à la classe ouvrière. Susan Craddock a démontré que cette stratégie, qui avait pour but de limiter la propagation de la tuberculose à San Francisco, a plutôt divisé les classes. En effet, les pauvres ne pouvaient atteindre les normes sanitaires et morales recommandées par la classe moyenne. Ceci limitait ainsi les efforts de prévention de la maladie et augmentait l'ostracisme de ce groupe. Valérie Minnett a elle aussi observé une stratégie d'éducation des femmes de la classe ouvrière à travers son étude de l'exposition antituberculeuse de Montréal qui a eu lieu en 1909. L'exposition s'adressait notamment aux femmes en tant qu'agent de réforme domestique, les éduquant sur

---

<sup>96</sup> *Ibid.*, p.14.

<sup>97</sup> *Ibid.*, p.16.

<sup>98</sup> Susan Craddock, « Engendered/endangered: women, tuberculosis, and the project of citizenship », *Journal of Historical Geography*, 27, 3 (juillet 2001) : 338-355.

la prévention de la tuberculose, mais en donnant des moyens irréalistes, car trop chers. Minnett constate que ceci a contribué à renforcer la perception chez la classe moyenne selon laquelle la classe ouvrière était responsable de la maladie<sup>99</sup>, tel que nous l'avons mentionné au chapitre précédent. À la lumière de ces faits, nous pouvons donc affirmer que les discours et prescriptions des médecins s'appuyant sur les rôles des genres s'avèrent une stratégie défavorable aux femmes de la classe ouvrière.

À l'Institut Bruchési, on pense que la tuberculose est une maladie du « peuple » qui est principalement due à des causes sociales que l'individu ne peut pas contrôler. On reconnaît que, sans l'aide des classes dirigeantes, il est impossible pour les familles ouvrières de « résoudre le problème de la misère, du travail insalubre, du vice et du surmenage, de la protection de l'enfant et de la mère, de la protection de l'ouvrier contre la maladie, de la protection du citoyen contre l'insalubrité des maisons, des rues et de l'atmosphère<sup>100</sup> ». Au sein de cette institution, on comprend que même si on leur mentionne les changements qui devraient être apportés dans leur mode de vie, les familles de la classe ouvrière ne peuvent pas nécessairement agir en conséquence, faute de moyens. Les médecins savent que sans l'aide des dispensaires, elles ne pourraient pas se procurer de traitement convenable. Ils sont aussi conscients des contraintes au niveau de l'offre locative et de l'environnement malsain de la ville. Ils vont même jusqu'à se questionner sur l'efficacité d'une cure d'air dans les conditions de vie de la famille ouvrière montréalaise, malgré que les Sœurs de la Providence tentent de diminuer l'insalubrité des maisons et que les femmes essaient de suivre leurs conseils. Les médecins et les sœurs réalisent que la pauvreté est souvent une raison pour la malpropreté et l'insalubrité des logements<sup>101</sup>.

---

<sup>99</sup> Minnett, *loc. cit.*, 381-400.

<sup>100</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1917-1918, p.17.

<sup>101</sup> *Id.*, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.25, 8, 7.

En fait, ils réalisent qu'on ne peut pas se limiter à expliquer le non-respect des prescriptions par l'ignorance ou l'apathie des familles. La fréquentation irrégulière du dispensaire par certains tuberculeux n'est pas condamnée par l'institution catholique. Les médecins affirment même que :

Il y a des circonstances qui empêchent les malades de venir régulièrement : mères de famille qui ne peuvent pas quitter leur maison, jeunes filles employées de bureaux, de magasins ou de manufactures qui n'obtiennent pas la permission des patrons de venir à la clinique, des écoliers même, afin de ne pas perdre des prix de présence, abandonnent le dispensaire. En plus il y a les petites indispositions qui traînent en longueur, les couches qui retiennent indéfiniment les mères,... La maladie n'évolue pas toujours assez rapidement pour les ramener à la réalité et leur faire voir l'importance de retourner à la clinique<sup>102</sup>.

Ceci démontre bien que la réalité peut être bien différente du traitement idéal élaboré par le dispensaire antituberculeux. Néanmoins, la lucidité voire la sensibilité de l'Institut Bruchési face à la réalité des familles ouvrières touchées par la tuberculose laisse croire qu'on s'adaptait à la situation de chacun pour tenter de lutter contre la maladie.

Certaines prescriptions générales, communes à toutes les institutions antituberculeuses, s'adressent aux malades et à l'aménagement de leur convalescence à la maison. Les médecins recommandent aux malades de dormir à l'extérieur, lorsque possible. Dans certains cas, le dispensaire fournit même un lit de camp afin que le malade puisse dormir sur la galerie. En plus de pouvoir bénéficier de l'air frais, le tuberculeux est isolé du reste de sa famille, minimisant ainsi les risques de contagion dans le logement<sup>103</sup>. Cette consigne est suivie par plusieurs malades qui ont un balcon ou une galerie extérieure.

---

<sup>102</sup> *Ibid.*, Montréal, 1912 à 1915, p.27.

<sup>103</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.39.



Lorsque le malade ne peut pas dormir à l'extérieur, les médecins recommandent de s'installer dans une chambre avec les fenêtres ouvertes en tout temps.<sup>104</sup> Dans ce cas-ci, il faut penser que cela engendre des dépenses supplémentaires au niveau du chauffage et de la literie qui peuvent limiter les actions des familles. Encore une fois, le malade se soumet à cette règle lorsque cela s'avère possible. Par contre, comme nous l'avons mentionné en début de chapitre, beaucoup de logements contiennent des chambres noires dans lesquelles les tuberculeux sont isolés. Certaines recommandations des médecins se heurtent donc à la réalité du logement ouvrier montréalais.

Nous constatons donc que l'écart entre le traitement idéal proposé par les médecins et le quotidien concret du tuberculeux à domicile peut être considérable. Il n'est donc pas possible pour les familles de se plier à toutes les exigences et à toutes les recommandations de ceux-ci. Nous observons néanmoins que certains membres de la profession médicale sont lucides face à cette situation. Cela explique l'ampleur de l'œuvre de secours mise sur pied par les institutions antituberculeuses, servant à pallier aux conditions environnementales et matérielles déficientes chez les familles. Nous voyons que grâce à l'aide des institutions, les familles peuvent suivre davantage les recommandations des médecins et des infirmières. Dans la vie de tous les jours, les soins à domicile prodigués par les infirmières influencent le cours de la maladie, mais aussi la vie et le moral des familles.

Cette analyse contribue donc à l'historiographie sur les prescriptions faites par les médecins. Elle réitère d'un côté l'aspect irréaliste de certaines prescriptions médicales comme l'ont fait ressortir plusieurs historiennes dans le contexte de la maternité, mais amène un élément nouveau en décelant chez les professionnels de la santé un témoignage de compréhension et une part de lucidité à l'égard du vécu des familles ouvrières.

---

<sup>104</sup> Crowe, *op. cit.*, p.18.

### 3.3 Des femmes contre la tuberculose

Tout au long de ce chapitre, nous avons tenté de mettre en relief des facteurs qui influencent les soins à domicile. Plusieurs d'entre eux concernaient les femmes. L'étude de Lorraine O'Donnell sur l'épidémie de polio à Toronto en 1937 aborde le travail de soin à domicile des femmes qu'elle décrit comme étant de plus en plus scientifique au cours du XX<sup>e</sup> siècle. Elle affirme que l'infirmière servait de pont entre l'aspect maternel et médical du soin à domicile des enfants, à une époque où le discours de la communauté scientifique est que les mères doivent protéger la santé de leurs enfants. L'infirmière fait d'ailleurs le lien entre la communauté médicale et la famille, entre autres par le transfert de connaissances à la mère. L'historienne insiste sur l'importance des mères et des infirmières dans la médecine préventive.<sup>105</sup> Dans cette section, nous verrons plus spécifiquement le rôle joué par les infirmières, les mères et les travailleuses sociales dans les soins à domicile offerts aux tuberculeux.

#### 3.3.1 L'infirmière à domicile

L'infirmière de santé publique est celle qui est le plus directement et le plus assidûment en contact avec les conditions de vie des malades. C'est pourquoi elle est au premier plan de la lutte antituberculeuse. L'infirmière tient par conséquent un rôle important dans le traitement des tuberculeux à domicile. Elle accomplit sa première tâche en identifiant les cas suspects<sup>106</sup>. Les infirmières du VON deviennent de plus en plus spécialisées dans les soins des tuberculeux au cours de la période étudiée. Ces soignantes ont à cœur de venir en

---

<sup>105</sup> Lorraine O'Donnell, *A 'Dread Disease': The 1937 Polio Epidemic in Toronto*, mémoire de maîtrise, York University, Toronto, 1989, p. 4, 12, 71, 69.

<sup>106</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 15 février 1939, p.197.

aide à tous les tuberculeux de Montréal. Ainsi, elles ne peuvent concevoir de laisser sans soins des patients dans le besoin<sup>107</sup>.

Dans le premier quart du XX<sup>e</sup> siècle, les Sœurs de la Providence offrent elles aussi des soins aux tuberculeux moins nantis pour le compte de l'Institut Bruchési. Le travail des religieuses est d'autant plus important qu'elles ont une relation privilégiée avec leurs patients. Effectivement, les religieuses peuvent avoir des conversations plus familières que les médecins et donner des conseils mieux accueillis par les familles qu'elles visitent<sup>108</sup>. Les infirmières-visiteuses sont des protagonistes d'avant-plan de la lutte antituberculeuse montréalaise.

Il faut d'abord que la famille accepte que l'infirmière entre dans la maison. Cette aide à domicile correspond à une intrusion dans la vie privée des familles, ce qui est difficilement concevable pour certaines d'entre elles. Louise Côté constate elle aussi que ce ne sont pas tous les tuberculeux qui acceptent qu'une infirmière entre dans leur intimité<sup>109</sup>. Au début de l'existence de l'Institut Bruchési, les médecins et les religieuses remarquent une méfiance qu'ils qualifient d'inexplicable chez les Canadiens français catholiques. Certains refusent d'ouvrir la porte aux religieuses tandis que d'autres demeurent silencieux et gênés. L'Institut affirme que la méfiance et l'accueil glacial ont disparu dès les premières années, mais les visiteuses ont dû gagner la confiance de leurs patients au préalable<sup>110</sup>.

Nous constatons que la méfiance des familles n'est pas inexplicable et que cette attitude est commune lorsque nous regardons les travaux de plusieurs historiennes sur le

---

<sup>107</sup> *Id.*, *Minutes Advisory Committee on Nursing*, Montréal, 10 novembre 1949, p.3.

<sup>108</sup> Institut Bruchési, *Premier Rapport Annuel du Dispensaire et du Préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.16.

<sup>109</sup> Côté, *op. cit.*, p.83.

<sup>110</sup> *Id.*, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.10-11.

sujet. Magda Fahrni examine la relation entre les familles ouvrières et les femmes qui les visitent et constate un déséquilibre de pouvoir qui, toutefois, n'exclue pas automatiquement la compassion<sup>111</sup>. Jessica M. Robbins, qui a étudié la relation entre les infirmières antituberculeuses américaines et les familles ouvrières, affirme d'ailleurs que les infirmières partagent majoritairement les préjugés de la classe moyenne en ce qui concerne la classe ouvrière. Ainsi, elles décrivent les pauvres comme étant ignorants, indifférents, négligents, malpropres et même stupides. Elle constate aussi que les visites de l'infirmière peuvent indiquer aux voisins que quelqu'un dans la famille est atteint de la tuberculose. C'est là, selon elle, le plus gros problème pour plusieurs familles. Bien que les infirmières tentaient d'être discrètes pour éviter de stigmatiser leurs patients, les patients allaient fort probablement être démasqués en suivant les conseils de l'infirmière, par exemple en dormant à l'extérieur<sup>112</sup>. Louise Côté aborde la notion de honte rattachée au diagnostic de la maladie, affirmant qu'il accompagne souvent des étiquettes de pauvreté, d'ignorance et de vice dans la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle<sup>113</sup>. Dans ce sens, Katherine McCuaig mentionne qu'il y a un stigma rattaché à l'infirmière antituberculeuse et affirme que les patients étaient plus réceptifs aux visites d'infirmières de santé publique<sup>114</sup>.

Nous pouvons donc croire que certaines familles avaient peur de dévoiler au grand jour leur situation, ce qui tend à confirmer notre hypothèse selon laquelle des familles cherchaient à cacher la maladie. Par contre, une fois acceptée, l'Institut Bruchési affirme que la visite de la sœur devient une grande source de réconfort pour les malades et leur famille et que cette assistance régulière permet aux tuberculeux d'avoir l'espoir et la possibilité de

---

<sup>111</sup> Fahrni, *loc. cit.*, 81.

<sup>112</sup> Robbins, *loc. cit.*, 423, 426.

<sup>113</sup> Côté, *op. cit.*, p.209.

<sup>114</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.46.

guérir<sup>115</sup>. Sans remettre en question cette affirmation, nous pouvons penser que certaines familles n'appréciaient pas les visites à domicile. À cet effet, Jessica M. Robbins émet l'hypothèse que les patients et les familles trouvaient peut-être plus facile d'accepter les conseils des infirmières sans défiance ouverte parce que celles-ci exerçaient un pouvoir limité, et qu'ils pouvaient par la suite faire à leur guise malgré ces conseils<sup>116</sup>.

Une grande partie du travail de l'infirmière consiste à encourager et à donner des conseils pratiques. Alors qu'elle soigne le patient à domicile, l'infirmière tente aussi d'enseigner à la famille des façons d'éviter la contamination<sup>117</sup>. Lors de ces visites aux quatre coins de la ville, l'infirmière doit aussi inculquer de la persévérance et de la confiance aux tuberculeux, tout en leur apportant du réconfort<sup>118</sup>. En effet, le travail de l'infirmière consiste aussi à convaincre les malades de poursuivre leur traitement, malgré que celui-ci soit long et fastidieux. Cette tâche est une des plus ardues pour elle. Par contre, chaque année, les patients réalisent de plus en plus la nécessité d'une longue cure pour rétablir leur santé. Ils déploient des efforts afin d'appliquer les consignes des infirmières et des médecins<sup>119</sup>.

C'est aussi le rôle de l'infirmière de persuader les malades de quitter leur maison lorsqu'une place se libère pour eux au sanatorium ou à l'hôpital pour les incurables. Ceci représente une difficulté constante pour ces gardes-malades<sup>120</sup>. Il faut comprendre que certains malades veulent mourir à la maison<sup>121</sup> et que certains ne veulent pas quitter leur

<sup>115</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.10-11.

<sup>116</sup> Robbins, *loc. cit.*, 428.

<sup>117</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 15 février 1939, p.197.

<sup>118</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.7.

<sup>119</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.16.

<sup>120</sup> *Id.*, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 21 février 1936, p.80.

<sup>121</sup> *Id.*, *Minutes Board of Directors*, Montréal, 16 février 1934, p.476.

famille. Ils vont même jusqu'à déménager en campagne avec leur conjoint ou leur famille, plutôt que de séjourner dans un sanatorium<sup>122</sup>. Il s'agit donc de procéder cas par cas pour les infirmières qui doivent user de leur jugement pour faire en sorte que la situation soit optimale pour le malade, tout en tentant de protéger leur entourage.

Les patients visités par les infirmières du VON en 1911 sont principalement dans les premier ou deuxième stades de la maladie et sont donc guérissables. Le rôle de l'infirmière consiste alors à instruire les patients sur la façon de faire le meilleur usage des conditions existantes dans lesquelles ils vivent<sup>123</sup>. Il est alors très important que l'infirmière-visiteuse connaisse la condition exacte des patients pour corriger leur habitation<sup>124</sup>. On tente aussi de remédier aux conditions inadéquates avec l'aide des dispensaires et de leur service d'assistance sociale<sup>125</sup>. Effectivement, dès sa première visite, l'infirmière constate souvent que la maison est négligée à cause de l'hospitalisation ou la maladie d'un parent. Dans ce cas, elle tente d'améliorer le domicile, en le nettoyant, mais aussi en fournissant de nouveaux équipements, par exemple de nouveaux ustensiles<sup>126</sup>. En ce sens, l'infirmière participe directement à l'œuvre de secours aux tuberculeux nécessiteux.

Au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le nombre de patients visités par les infirmières du VON reste plutôt stable. Grâce à ces visites, plusieurs tuberculeux qui ne peuvent pas quitter la maison arrivent à recouvrer la santé<sup>127</sup>. De 1705 visites faites en

---

<sup>122</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1038, Dossier-X 1012.

<sup>123</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.16.

<sup>124</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.9.

<sup>125</sup> Victorian Order of Nurses, Montreal Branch, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.16.

<sup>126</sup> *Id.*, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 25 avril 1935, p.50.

<sup>127</sup> *Id.*, Montreal Branch, *Eleventh Annual Report*, Montréal, 1908, p.12.

1911<sup>128</sup>, on augmente à 1749 visites en 1928<sup>129</sup>. En 1940, on dénombre 1800 visites à domicile<sup>130</sup>. La différence se situe plutôt au niveau du stade de la maladie des patients visités. Les patients visités au début du siècle sont dans les premiers stades de la maladie et présentent ainsi des possibilités de s'en sortir s'ils suivent les recommandations quant à la cure. En 1940, les infirmières du VON effectuent plutôt des visites à des tuberculeux dans des stades avancés de la maladie. La majorité d'entre eux aurait dû être au sanatorium, mais il n'y a pas assez de lits pour les accommoder. En conséquence, ils mettent la vie de leurs proches en danger. Dans de nombreux cas, il y a des enfants et des adolescents à la maison qui seront potentiellement infectés malgré les efforts de protection. Même si l'ampleur de la maladie diminue dans les années 1940, le travail de lutte demeure important. Une des priorités des infirmières consiste à détecter les cas à leur début pour les référer aux médecins<sup>131</sup>, afin d'accroître les chances du patient de s'en sortir.

Les infirmières de l'Institut Bruchési visitent elles aussi un nombre important de patients à domicile tout au long de la période étudiée. Ce sont d'abord les Sœurs de la Providence qui effectuent ces visites, puis des infirmières laïques à partir de 1925. Une étude de Yolande Cohen et de Michèle Gélinas sur les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal soutient que les religieuses cèdent leur place aux laïques au début des années 1920, au moment où le travail change et devient plus préventif qu'axé sur les soins<sup>132</sup>. Nous ne pouvons pas affirmer que c'est pour cette raison que les soins infirmiers se laïcisent à l'Institut Bruchési, mais cela pourrait être un facteur relié à ce changement.

---

<sup>128</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.14.

<sup>129</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1928, p.4.

<sup>130</sup> *Id.*, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 12 mars 1940, p.237.

<sup>131</sup> *Ibid.*

<sup>132</sup> Yolande Cohen et Michèle Gélinas, « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique », *Histoire Sociale*, 22, 44 (novembre 1989) : 221.

Le nombre de visites effectuées par les infirmières religieuses et laïques de l'Institut Bruchési fluctue au fil des ans et les rapports annuels nous permettent de connaître la situation précise entre 1911 et 1931 (*voir* tabl. 3.1).

Tableau 3.1  
Nombre de visites effectuées par les infirmières-visiteuses de l'Institut Bruchési,  
1911-1931

Années	Nombre de visites à domicile
1911-1912	2979
1915-1916	3051
1916-1917	843
1917-1918	798
1918-1919	400
1920-1921	823
1921-1922	855
1925-1926	8552
1927	8171
1928	5838
1929	6467
1930	10 670
1931	8764

Sources :

Institut Bruchési, *Rapports annuels*, Montréal, 1911-1931.

De 1911 à 1916, le nombre de visites augmente et il diminue par la suite pour connaître un creux important en 1918-1919<sup>133</sup>. Le nombre de visites remonte ensuite en 1925,

---

<sup>133</sup> Notes concernant la participation des Sœurs de la Providence aux activités de l'Institut Bruchési de 1911 à 1942, Montréal, 28 février 1942; Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1915-1916, p.19; *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.31; *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1917-1918, p.25; *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1918-1919, p.28.



alors que les besoins sont croissants, mais l'institution a de la difficulté à y répondre<sup>134</sup>. En 1927, les infirmières visitent les familles environ cinq fois par année, puis trois fois en 1928<sup>135</sup>. On souhaite faire des visites plus rapprochées afin d'obtenir de meilleurs résultats<sup>136</sup>. C'est une tâche ardue puisqu'autour de 1930, les sept gardes-malades visiteuses de l'Institut Bruchési ont en moyenne 250 familles à visiter annuellement<sup>137</sup>. Néanmoins, l'institution tente de répondre aux besoins des tuberculeux et poursuit son œuvre dans les foyers montréalais. Le travail de l'infirmière-visiteuse demeure essentiel aux soins à domicile.

### 3.3.2 La travailleuse sociale

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, dans la communauté juive le traitement de la tuberculose est différent de celui qui prévaut dans le reste de la population montréalaise. Au lieu d'adopter le système de dispensaire antituberculeux, les médecins juifs organisent les soins autour du sanatorium<sup>138</sup>. Une institution de bienfaisance, l'Institut Baron de Hirsch, et un dispensaire médical général, le Herzl, organisent les séjours, les soins et le secours avant et après le traitement sanatorial. Ce sont aussi eux qui s'occupent de venir en aide aux familles de tuberculeux dans le besoin<sup>139</sup>. Les soins à domicile sont aussi différents,

---

<sup>134</sup> *Id.*, *Rapport général*, Montréal, 1925-1926, p.22.

<sup>135</sup> *Id.*, *Rapport général*, Montréal, 1927-1928, p.34.

<sup>136</sup> *Id.*, *Rapport général*, Montréal, 1929-1930-1931, p.28.

<sup>137</sup> *Ibid.*, p.18.

<sup>138</sup> Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society, *Annual Report*, Montréal, 1907, p.13

<sup>139</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1912, p.6; ANCJCCC, Michael Regenstein, *Our History of Family Medicine*, The Herzl Family Practice Centre and Department of Family Medicine of the Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montréal, 1994, p.11.

alors qu'aucune infirmière n'effectue de visites à domicile<sup>140</sup>. Au début du siècle, les visites à domicile sont effectuées par un médecin<sup>141</sup>, puis ce sont des travailleuses sociales qui vont chez les familles à partir de la fin de la deuxième décennie du XX<sup>e</sup> siècle. Ces visiteuses sont engagées par le département de secours pour offrir des services directs à la population nécessiteuse<sup>142</sup>. Les soins médicaux à domicile ne sont pas offerts par les institutions juives et les tuberculeux juifs de Montréal doivent fréquenter l'Institut Bruchési et le *Royal Edward Institute* pour obtenir de tels services.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons consulté près d'une cinquantaine de dossiers rédigés au cours de la période étudiée par les travailleuses sociales de l'Institut Baron de Hirsch et du dispensaire Herzl. Nos sources contiennent par contre peu d'information sur le travail même des travailleuses sociales. Nous pouvons mieux comprendre la tâche et la place de ces femmes au sein de l'Institut Baron de Hirsch en consultant l'ouvrage retraçant l'histoire de l'organisme, publié par l'Institut en l'honneur de son centenaire. On y apprend qu'avant l'arrivée de travailleuses sociales professionnelles, l'assistance financière était distribuée directement par les organisateurs des collectes de fonds. L'Institut Baron de Hirsch affirme qu'à l'époque « The 'hand-out' atmosphere was not conducive to rebuilding the self-esteem of the beneficiaries.<sup>143</sup> » Ceci n'est pas sans rappeler l'étude de Yolande Cohen sur l'histoire du Montreal Diet Dispensary qui démontre que l'implication des femmes dans des associations leur permet de transférer des prérogatives

---

<sup>140</sup> Nous avons constaté à l'aide des sources que les infirmières ne faisaient pas partie de l'équipe affectée aux soins des tuberculeux.

<sup>141</sup> Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society, *Annual Report*, Montréal, 1902, p.15.

<sup>142</sup> *Baron De Hirsch Institute, 1863-1963*, Montréal, The Institute, 1963, p.27.

<sup>143</sup> *Ibid.*

dites féminines dans l'action publique et même politique<sup>144</sup>. En ce sens, les travailleuses sociales ont amené avec elles leurs valeurs dans l'institution en prenant en charge le département de secours. Le bien-être familial étant une des préoccupations principales de l'Institut Baron de Hirsch, c'est en adoptant l'optique des travailleuses sociales qu'on entre en contact avec les familles tuberculeuses<sup>145</sup>.

Les travailleurs sociaux Mary Elizabeth Bissett et Richard Zeilinger expliquent dans une étude de l'Institut Baron de Hirsch que le *Family Welfare Department* de l'Institut est mis sur pied en 1920, suivant l'arrivée des travailleuses sociales professionnelles dans l'organisme. Ce département devient alors rapidement le plus important de l'organisme. Au même moment, le développement du savoir dans le domaine du travail social, particulièrement les nouvelles connaissances sur l'assistance sociale individuelle (*social casework*) et les relations intrafamiliales, amène de nouvelles techniques propices au traitement la clientèle de l'Institut Baron de Hirsch. Bissett et Zeilinger mettent en relief l'importance de l'implémentation des principes et de la philosophie du travail social au sein de l'institut, qui permet de répondre rapidement aux défis que représentent les changements constants des besoins sociaux au cours de la période à l'étude<sup>146</sup>. Cette étude met aussi de l'avant l'importance de l'attitude de respect pour la dignité des gens qui fréquentent l'institut<sup>147</sup>.

---

<sup>144</sup> Yolande Cohen, « De la nutrition des pauvres malades: l'histoire du Montreal Diet Dispensary de 1910 à 1940 », *Histoire Sociale*, 41, 8 (2008) : 162. Dans notre cas, l'aspect politique n'est par contre pas présent.

<sup>145</sup> Baron De Hirsch Institute, *op. cit.*, p.28.

<sup>146</sup> Mary Elizabeth Bissett et Richard Zeilinger, *Survival Through Change, An Historical Study of the Baron de Hirsch Institute of Montreal, 1863-1963*, Mémoire de maîtrise (travail social), Université McGill, 1967, p.37-38.

<sup>147</sup> *Ibid.*

Nous observons que l'emploi de travailleuses sociales par les organismes juifs constitue une différence avec les communautés catholiques et protestantes qui comptent sur les infirmières pour donner des soins à domicile, mais aussi un soutien qui s'apparente un peu à celui offert par les travailleuses sociales. Grâce aux travailleuses sociales, nous pouvons obtenir des informations parfois détaillées sur plusieurs aspects de la vie quotidienne des tuberculeux à domicile. À travers les dossiers des patients juifs, nous pouvons mieux comprendre le vécu des familles, et plus particulièrement celui des mères.

### 3.3.3 La mère de famille

Que ce soit au niveau de leur travail ou de leur vie personnelle, plusieurs femmes s'impliquent dans les soins à domicile des tuberculeux. Entre les visites des professionnelles, c'est souvent la mère de famille qui prend en charge le malade. Elle est donc en quelque sorte l'alliée principale de l'infirmière et de la travailleuse sociale. Il arrive aussi que la mère soit la patiente. Quoi qu'il en soit, la mère occupe une place importante dans le foyer et cette position est d'autant plus soulignée lorsque la tuberculose entre dans la famille.

Le message véhiculé par les institutions antituberculeuses est que la mère doit être éduquée afin que le message passe chez tous ses membres. Le meilleur moment pour la rejoindre est lorsque son fils ou sa fille est malade. Selon les médecins de l'Institut Bruchési, c'est à ce moment qu'elle est le plus disposée à écouter le médecin ou l'infirmière<sup>148</sup>. En effet, la mère est plus réceptive lorsqu'il est question de prendre soin de son enfant. Elle a aussi une réceptivité accrue sur les recommandations pour prévenir la maladie chez son enfant. Si elle est plus ouverte aux conseils, certaines situations lui demandent quand même plus d'effort. Autour de 1930, l'œuvre de Placement familial permet à des enfants de vivre dans des conditions plus favorables alors qu'un membre de la famille est malade. Cette

---

<sup>148</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.17.

séparation est vécue difficilement par la mère. Selon l'Institut Bruchési, elle la trouve d'abord cruelle et douloureuse, mais à force d'être éduquée et persuadée par les infirmières, la mère finit généralement par faire le meilleur choix pour son enfant<sup>149</sup>. Quand la mère accepte la séparation, elle est convaincue des bienfaits de celle-ci pour son enfant.

Pour les mères de famille avec de nombreux enfants en bas âge, il peut être difficile de se présenter au dispensaire durant la journée<sup>150</sup>. Par surcroît, elles trouvent pénible l'idée de quitter le domicile pour une longue période pour aller au sanatorium. Il est ardu de convaincre les mères d'y aller, surtout lorsqu'il n'y a personne pour s'occuper des enfants. Dans certains cas, c'est le père qui arrête de travailler pour s'occuper des enfants et de la maison alors que la mère reçoit des traitements médicaux<sup>151</sup>. À titre d'exemple, nous avons recensé un cas où une mère traitée par le dispensaire Herzl démontre une réticence hors de l'ordinaire. Le médecin croit qu'il faudrait la forcer à entrer au sanatorium. Malgré tout, elle réussit à faire patienter les spécialistes en prétendant qu'elle ira suivre le traitement à la campagne. Après quelques mois, elle démontre qu'elle peut s'occuper de sa santé en prenant huit livres, ce qui convainc le médecin du dispensaire de la laisser vivre sa convalescence à domicile<sup>152</sup>. La mère peut ainsi influencer le cours de son traitement. Nous voyons ici que la volonté d'une mère qui ne veut pas être séparée de ses enfants peut être puissante. Cette détermination peut lui permettre de déjouer les plans des médecins et d'améliorer sa santé par elle-même, malgré tout. Nous gardant de généraliser, nous pensons qu'il s'agit néanmoins d'une découverte intéressante illustrant la singularité du rôle de la mère dans le traitement de la tuberculose, ce qui contraste avec la vision de coopération entre les institutions

---

<sup>149</sup> *Id.*, *Rapport général*, Montréal, 1929-1930-1931, p.32. Nous parlerons davantage du Placement familial au chapitre suivant.

<sup>150</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.27.

<sup>151</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Fourth Annual Report*, Montréal, 1920, p.26.

<sup>152</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1041.

antituberculeuses et les familles comme étant la façon de faire face au problème de tuberculose à Montréal.

Lorsque la mère est affligée par la tuberculose et que le père travaille, les infirmières du VON tentent d'envoyer une gouvernante pour aider les parents à s'occuper des enfants pendant plusieurs jours. Les parents sont alors très reconnaissants de cette assistance qui atténue leurs responsabilités<sup>153</sup>. Le dispensaire Herzl tente de faire la même chose lorsque la mère quitte la maison pour le sanatorium. Une gouvernante s'occupe alors des jeunes enfants, ce qui permet à la mère de suivre un traitement adéquat sans se préoccuper constamment de sa famille<sup>154</sup>. Cette aide donne un répit aux mères de famille et leur permet de se concentrer sur leur propre santé.

La mère est aussi appelée à prendre soin des tuberculeux de sa famille. Cette tâche peut être épuisante dans le quotidien. De toute évidence, les cas avancés de tuberculose demandent beaucoup de soins et ceux qui s'en occupent entre les visites des infirmières deviennent fatigués et plus vulnérables à la maladie. Les infirmières croient donc que l'hôpital devrait disposer de lits dédiés aux tuberculeux qui doivent être sortis de leur maison et séparés de leur famille<sup>155</sup>. Malgré tout, les familles démontrent leur courage en ne se plaignant pas<sup>156</sup>. Les infirmières de l'Institut Bruchési décrivent ainsi l'attitude positive des familles ravagées par la maladie :

l'esprit des familles est excellent et [qu'] on retrouve les vieilles qualités de la race : amour conjugal profond (nécessaire dans une si longue maladie), dévouement inlassable,

---

<sup>153</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Board of Directors*, Montréal, 27 janvier 1927, p.448-449.

<sup>154</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1016.

<sup>155</sup> Victorian Order of Nurses, *Minutes Advisory Council*, Montréal, 12 mars 1940, p.237.

<sup>156</sup> *Id.*, *Minutes Board of Directors Meeting*, Montréal, 19 mars 1914, p.3.

esprit de sacrifice qui pousse le mari à travailler même quand il en est incapable, ou qui détermine l'épouse à gagner la vie de son mari malade<sup>157</sup>.

Nous observons que chez certaines familles, la maladie amène au dépassement de soi. Pour d'autres, c'est la préoccupation et le pessimisme qui prennent le dessus. Il arrive que la femme soit inquiète et stressée lorsque la tuberculose entre dans le foyer. En effet, quand le père de famille ne peut plus travailler à cause de la tuberculose, c'est la mère qui en subit principalement les répercussions. Il n'y a plus personne pour approvisionner et pourvoir aux besoins de la famille<sup>158</sup>. La femme vit aussi un découragement lorsque son mari est alité et qu'elle se retrouve obligée d'emprunter de l'argent pour que la famille puisse survivre<sup>159</sup>.

C'est le cas d'une mère de famille visitée par le dispensaire Herzl dont le mari tuberculeux vit la convalescence à la maison et au sanatorium. La famille vit une grande misère. Comme il y a un cas de tuberculose dans la famille et comme les enfants ont l'air anémiques, le dispensaire Herzl demande à ce que la famille entière soit examinée. Après des requêtes répétitives, la mère les amène finalement à la clinique, où ils seront déclarés en santé. La famille vit par contre dans un logement propice à la maladie et on lui suggère donc de déménager afin d'éviter une contamination future. La mère cherche alors un nouveau loyer, en trouve un et y déménage avec sa famille. Cependant, ce logement est lui aussi malsain. Il n'est ni ensoleillé ni aéré. Le dispensaire n'est pas satisfait de cette situation, mais la mère ne peut y remédier. Comme la famille a très peu d'argent et beaucoup de dettes, elle doit demander l'aide financière et matérielle. Huit ans après avoir consulté le dispensaire pour la maladie du père de famille, c'est un des fils qui se retrouve aux prises avec la tuberculose. Le long cours de la maladie est un lourd poids sur les épaules de cette mère de

---

<sup>157</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.8.

<sup>158</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1001, Dossier-X 1030.

<sup>159</sup> *Id.*, Dossier-X 1030.

famille. Tout ce stress amène même ses cheveux à devenir gris<sup>160</sup>. On peut donc comprendre que certaines familles refusent de garder un membre tuberculeux à la maison à cause de l'ampleur des soins que cela demande<sup>161</sup>. Force est de constater que la mère se retrouve avec des responsabilités décuplées lorsque son mari est malade.

Les femmes doivent se sacrifier lorsque la tuberculose est dans la famille. Pour aider les siens, une jeune femme va par exemple retarder son mariage pendant plus de trois ans. Son salaire permet alors à sa famille de survivre<sup>162</sup>. C'est le cas d'un tiers des femmes qui fréquentent l'Institut Bruchési qui doivent travailler à l'extérieur afin d'aider leur famille<sup>163</sup>. Nous voyons donc que la vie des femmes est bouleversée par la maladie. L'ampleur de l'implication des mères, qui revêt un caractère très singulier, tend à confirmer notre hypothèse sur la prépondérance du rôle de celles-ci dans les soins à domicile à Montréal.

### 3.4 Conclusion

Au début du siècle dernier, selon le *Royal Edward Institute*, la tuberculose est un problème intimement lié aux questions comme la réforme du logement, la planification des villes, les lois sur l'immigration, le système scolaire, le coût de la vie, les organisations charitables, le salaire minimum et les conditions de travail. C'est donc une cause qui nécessite l'implication de tous les acteurs de la société agissant sur les plans hygiénique,

---

<sup>160</sup> *Id.*, Dossier-X 1024.

<sup>161</sup> *Id.*, Dossier-X 1040.

<sup>162</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Twenty-Second Annual Report*, Montréal, 1938, p.24.

<sup>163</sup> Institut Bruchési, *Premier rapport annuel du dispensaire et du préventorium*, Montréal, 1911-1912, p.16.



caritatif, social et commercial<sup>164</sup>. Tout au long de la période étudiée, les spécialistes continuent de déplorer le manque de législation pour empêcher de construire des logements qui ne sont pas sanitaires, qui ont des chambres noires, et favorisent l'entassement des familles, augmentant ainsi la propagation de la maladie<sup>165</sup>.

Dans ce chapitre, nous avons pu répondre à plusieurs éléments de notre problématique en mettant en relief la relation entre les soins à domicile des tuberculeux, les institutions antituberculeuses et les familles. En abordant l'éducation antituberculeuse et les prescriptions scientifiques visant la famille ouvrière, nous avons pu examiner comment ces méthodes servaient à la prévention de la contagion familiale, tout en étant potentiellement inapplicables. En effet, il a été observé que le logement inadéquat, la pauvreté et la misère contribuaient à la propagation de la maladie au sein de la famille ouvrière et limitaient son pouvoir de mise en pratique des recommandations médicales. Le vécu de ces familles aux prises avec un malade à la maison a également été mis en lumière. Les exemples proposés ont fait ressortir l'idée que les familles et plus particulièrement les mères désiraient rester unies, quitte à aller à l'encontre des règles proposées par les dispensaires. Nous avons aussi analysé le dévouement des infirmières-visiteuses et des mères de famille, l'un des éléments les plus importants de la lutte antituberculeuse à Montréal. Le rôle central des femmes, tel que nous l'avions avancé dans nos hypothèses, a été souligné. Le prochain chapitre abordera la façon dont la campagne antituberculeuse ciblait l'enfance, dans le contexte de la maladie vécue à la maison.

---

<sup>164</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1912, p.14.

<sup>165</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1921, p.7.

## CHAPITRE IV

### CIBLER L'ENFANCE

Dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, l'intérêt pour l'enfance est présent dans la campagne antituberculeuse. Les historiens s'attardent d'ailleurs à ce sujet dans leurs travaux sur la tuberculose. Dans son étude de la campagne antituberculeuse canadienne, Katherine McCuaig affirme que l'arrivée du test de tuberculine pour dépister la maladie dans la première décennie du siècle permet de voir l'étendue de l'infection chez les enfants. La conférence internationale sur la tuberculose de 1907, tenue à Washington, met aussi de l'avant l'importance de cibler l'enfance. McCuaig déclare que :

Encouraged by wartime experience, the theory began to take root that tuberculosis began in childhood and blossomed only when the individual became an adult. Consequently, to deal properly with the disease, workers had to focus on the child. [...] With the new century, they were worthy in their own right.<sup>1</sup>

L'enfant était donc ciblé par les médecins en raison d'une croyance erronée quant à l'origine de la maladie. L'historienne démontre que cette tendance à cibler l'enfance est également en lien avec le mouvement de santé publique des enfants. Elle indique que la tuberculose et l'enfance sont souvent abordées ensemble dans le contexte scolaire ou avec

---

<sup>1</sup> Katherine McCuaig, *The Weariness, the Fever, and the Fret: The Campaign against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999, p.157.

l'alimentation<sup>2</sup>. Georgina D. Feldberg aborde elle aussi la campagne antituberculeuse visant la prévention de l'infection chez l'enfant, mais dans le contexte américain. Elle la met en lien avec la nutrition et l'hygiène globale<sup>3</sup>. Nous aborderons ces aspects dans ce chapitre, mais nous verrons aussi comment l'environnement malsain se retrouve une fois de plus au cœur du problème montréalais de la tuberculose.

À ce sujet, l'étude de Mary Anne Poutanen sur la commission scolaire protestante de Montréal démontre que même si les commissaires réformistes de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle savent que les conditions de vie et les conditions financières sont en grande partie responsables de l'ampleur de la maladie chez les enfants, ils préconisent l'éducation des parents et des enfants pour améliorer la situation. Ils attribuent à l'ignorance et à la négligence parentale la prolifération de la tuberculose. De même, ces hommes associent la pauvreté à la dégénération morale et privilégient l'éducation à l'aide matérielle. Poutanen montre tout de même que la commission scolaire joue un grand rôle dans la lutte antituberculeuse auprès des enfants, en faisant la promotion de l'hygiène et de la santé, dans des écoles salubres offrant l'inspection médicale des enfants<sup>4</sup>.

Sans être aussi explicites quant à leur vision réformiste, les acteurs de la Commission des écoles catholiques de Montréal sont aussi des adeptes de l'éducation hygiénique pour combattre la tuberculose. Nous proposons une analyse de cette campagne éducative et des mesures mises sur pied par cette commission scolaire en tentant de déceler la part d'idéologie réformiste.

---

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.158-161.

<sup>3</sup> Georgina D. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick, N.J, Rutgers University Press, 1995, p.110.

<sup>4</sup> Mary Anne Poutanen, « Containing and Preventing Contagious Disease: Montreal's Protestant School Board and Tuberculosis, 1900-1947 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 23, 2 (2006) : 402.

Dans ce chapitre, nous verrons donc que la lutte antituberculeuse va s'intensifier auprès des enfants au cours des cinquante premières années du XX<sup>e</sup> siècle. En ciblant l'enfance, les spécialistes tentent de stopper l'infection tuberculeuse et de préparer la jeune génération pour le futur. Nous tenterons de mettre en lumière les aspects de la campagne antituberculeuse de Montréal visant l'enfance qui ont eu un effet sur l'expérience de la tuberculose dans les foyers.

Nous verrons d'abord les initiatives des dispensaires antituberculeux mises sur pied par les artisans de la lutte, soit les campagnes de propagande destinées aux enfants et les mesures des dispensaires visant l'enfance. Nous analyserons ensuite le rôle de l'école dans la prévention de la tuberculose dans les foyers montréalais, en étudiant d'abord le cas de la classe en plein air<sup>5</sup>. Il sera aussi question de l'inspection scolaire et de la propagande antituberculeuse et d'hygiène en milieu scolaire. À travers nos sources, nous étudierons le discours des institutions face à l'hygiène et à l'enfance. Notre analyse de la tuberculose et du milieu scolaire sera principalement illustrée dans le cadre de la Commission des écoles catholiques de Montréal, étant donné les sources disponibles. Nous compléterons en portant un regard sur certaines actions des différents dispensaires montréalais afin de situer la place de l'enfant dans leur entreprise de lutte antituberculeuse.

#### 4.1 Initiatives des dispensaires antituberculeux visant les enfants

Même si la tuberculose n'épargne personne, au début du XX<sup>e</sup> siècle, les artisans de la lutte antituberculeuse se préoccupent principalement de la mortalité de la tuberculose chez la population qui travaille. En 1910, elle est responsable de 44,6 % des décès chez les 15 à 24 ans et de 45,5 % des décès des 24 à 34 ans<sup>6</sup>. Ces chiffres imposants justifient l'action orientée

---

<sup>5</sup> La classe en plein air est aussi appelée «open air school» par les anglophones.

<sup>6</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1910, p.25.

autour de cette population. Par conséquent, la situation des enfants tuberculeux n'est pas considérée comme critique pour les spécialistes. En 1914, les médecins de l'Institut Bruchési affirment même que la tuberculose est restreinte chez les enfants. Ceci ne les empêche tout de même pas de fixer une journée spécifique pour leur visite au dispensaire. Cette mesure a alors comme but de faire de la prévention auprès des enfants, mais aussi de conscientiser et d'éduquer les mères sur les façons de prévenir et guérir la tuberculose<sup>7</sup>. La clinique des enfants est donc créée en 1914 et compte déjà 4252 consultations lors de sa première année<sup>8</sup>. La mise sur pied de cette clinique est en contradiction avec le discours des médecins sur l'envergure de la tuberculose chez les enfants, mais elle peut être expliquée par l'argument de Katherine McCuaig voulant qu'on agisse sur l'enfant pour atteindre les parents et même convaincre le gouvernement de participer à la lutte antituberculeuse<sup>9</sup>. Nous avons aussi soulevé la réceptivité accrue des mères lorsqu'il est question de la santé de leurs enfants au chapitre précédent. Cet accueil pourrait avoir justifié l'action des médecins.

Éduquer les jeunes peut également avoir un impact déterminant sur l'avenir selon les médecins, puisque cela correspond à « déposer des germes de prudence chez l'enfant qui aidera aux futures campagnes de prévention<sup>10</sup> ». Les médecins espèrent ainsi préparer la génération future afin qu'elle soit si bien instruite que la maladie soit complètement enrayée à Montréal. Ils espèrent aussi que les notions éducatives et préventives visant les jeunes soient partagées par ceux-ci avec leur famille, dans leur foyer. Leur discours semble bienveillant, dans une optique où ils souhaitent améliorer la situation de la santé publique à Montréal.

---

<sup>7</sup> Nous avons d'ailleurs discuté de l'éducation de la mère au chapitre précédent, voir sections 3.2.2 et 3.3.3.

<sup>8</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p.15, 23.

<sup>9</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.166.

<sup>10</sup> Institut Bruchési, *Rapport triennal*, Montréal, 1912 à 1915, p. 17.

Nous voyons donc que les médecins décident de cibler l'enfance davantage par souci de prévention qu'à cause de la prévalence de la maladie chez ce groupe.

La mortalité infantile est cependant une préoccupation réelle à Montréal au début du XX<sup>e</sup> siècle, puisqu'elle est le principal problème de santé publique. Terry Copp a d'ailleurs bien illustré ce problème dans son livre *The Anatomy of Poverty* qui traite de la classe ouvrière de Montréal<sup>11</sup>. Le manque de désinfection des maisons où vivent des tuberculeux est une mesure générale à laquelle la Ligue Antituberculeuse de Montréal relie la mortalité infantile. Elle note que parmi les 248 enfants de moins de cinq ans décédés de méningite en 1903, 90 % des cas sont d'origine tuberculeuse. Après enquête, la Ligue réalise qu'il y a fréquemment un adulte tuberculeux vivant à la maison avec ces enfants. Dans plusieurs cas, le décès de l'adulte a lieu avant même la naissance de l'enfant. Celui-ci se retrouve infecté par la maladie très tôt à cause de l'infection présente dans la maison. Les médecins de la Ligue affirment que si on prenait des précautions pour détruire les germes de la maladie, la mortalité infantile pourrait être considérablement diminuée<sup>12</sup>. Nous trouvons peu plausible que l'enfant soit infecté par un adulte infecté déjà mort. Ces affirmations de la Ligue peuvent toutefois être expliquées par les propos de l'historienne Georgina Feldberg. Elle affirme que les médecins américains décriaient et minimisaient en alternance le danger que représentait l'infection dans le premier quart du XX<sup>e</sup> siècle. Elle note aussi qu'il y avait un débat contradictoire sur qui contractait la tuberculose et pourquoi<sup>13</sup>. Nous pouvons croire que les médecins de la Ligue étaient de ceux qui dénonçaient fortement les dangers de l'infection et qu'ils croyaient réellement que la maladie se transmettait dans la maison à cause de la

---

<sup>11</sup> Pour plus d'information sur l'ampleur du problème de la mortalité infantile à Montréal, voir Terry Copp, *The Anatomy of Poverty: The Condition of the Working Class in Montreal 1897-1929*, Toronto, McClelland and Stewart, 1974, p.93 et Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2004, 373p.

<sup>12</sup> Montreal League for the Prevention of Tuberculosis, *First Annual Report*, Montréal, 1903-1904, p.11-12.

<sup>13</sup> Feldberg, *op. cit.*, p.81-82.

présence de l'infection. Nous voyons ici que le lien entre le logement et la maladie est encore une fois mis de l'avant par les artisans de la lutte antituberculeuse. Cette notion s'impose comme l'un des principaux constats de ce mémoire.

Cette idée de prévenir la tuberculose chez les générations futures en éduquant les enfants et cette préoccupation pour le problème de la mortalité infantile amènent les dispensaires antituberculeux à mettre sur pied des campagnes de propagande et des mesures de prévention au sein de leur institution. Des actions concrètes viennent donc cibler l'enfance, tout en essayant de rejoindre les adultes et les gouvernements.

#### 4.1.1 Campagnes de propagande antituberculeuse

Le principal aspect de la lutte antituberculeuse montréalaise ciblant les enfants est sans aucun doute la campagne éducative. Une bonne part du budget de l'Institut Bruchési est destinée à l'éducation, car les médecins sont convaincus de sa rentabilité à long terme<sup>14</sup>. Parmi les premières mesures de cette campagne, nous retrouvons des conférences informatives présentées par les dispensaires antituberculeux régulièrement, dont certaines s'adressent spécifiquement aux enfants<sup>15</sup>. Cette mesure est d'ailleurs utilisée avec tous les groupes de la population, tel que nous l'avons illustré au chapitre précédent. En 1911, le *Lecture Committee* du *Royal Edward Institute* décide de diriger son action vers les enfants montréalais et organise des démonstrations pour les enfants catholiques et protestants de dix ans et plus avec des lanternes et des projections de diapositives<sup>16</sup>. Dès la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle, les médecins notent l'aspect crucial et le besoin persistant d'une campagne

---

<sup>14</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1919-1920, p.8.

<sup>15</sup> Royal Edward Institute for the Study, Prevention and Cure of Tuberculosis, *Charter and By-Laws and First Annual Report*, Montréal, 1910, p.47.

<sup>16</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.50, 53.

d'éducation dans les écoles<sup>17</sup>, insistant sur l'importance d'inculquer les notions d'hygiène à la nouvelle génération, en répétant les mêmes informations sous formes différentes<sup>18</sup>. De plus, ils affirment que l'habitude de l'hygiène s'apprend plus facilement en jeune âge. Nous verrons plus loin comment les écoles de la Commission des écoles catholiques de Montréal vont répondre à ces recommandations des médecins de l'Institut Bruchési.

Il semble que l'éducation, ou plutôt le manque d'éducation antituberculeuse des adultes ait aussi un impact direct sur les enfants. Selon l'Institut Bruchési, la génération d'adultes qui travaillent dans le premier quart du XX<sup>e</sup> siècle n'a pas reçu d'éducation sanitaire dans l'enfance et les gens sont maintenant trop occupés par la vie et ses exigences pour écouter les leçons de l'hygiène<sup>19</sup>. Par conséquent, les spécialistes de la tuberculose parlent de l'importance d'avertir les adultes du danger qu'ils peuvent faire courir aux enfants lorsqu'ils ignorent les lois d'hygiène<sup>20</sup>. Certaines pratiques courantes mettent notamment les enfants à risque. L'Institut Bruchési observe ainsi que les tuberculeux célibataires ou veufs qui ne peuvent être hospitalisés vont faire leur cure chez un membre de leur famille et mettent en péril la santé d'enfants<sup>21</sup>. Nous voyons donc que l'isolement des malades n'est pas nécessairement une réalité accessible et que l'éducation est dans ce cas essentielle pour protéger les familles, et plus spécifiquement les enfants.

De leur côté, les infirmières du VON tentent de préparer les adultes de demain et de parfaire l'éducation antituberculeuse des jeunes filles. Elles organisent des séances d'informations destinées spécifiquement aux adolescentes. En plus de les préparer pour la vie

---

<sup>17</sup> *Id.*, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.15.

<sup>18</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1919-1920, p.8.

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> *Ibid.*, p.14.

<sup>21</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1929-1930-1931, p.34.



adulte, cette action dirigée est justifiée par des chiffres alarmants chez les jeunes. Les infirmières indiquent que 75 % de la population est infectée par le bacille avant l'âge de 15 ans, alors que 90 % de la population est infectée par le bacille avant d'atteindre 22 ou 23 ans. Malgré le nombre peu élevé de cas de tuberculose active chez les enfants, les infirmières du VON sont préoccupées par la proportion importante de jeunes infectés par le bacille avant l'âge adulte. En organisant une conférence sur la tuberculose, elles souhaitent faire comprendre aux jeunes filles les causes de la maladie et les moyens qu'elles peuvent prendre pour se protéger et prévenir la tuberculose. Une infirmière explique les principes de la cure hygiénique lors d'une conférence, parlant de tous les éléments, dont le germe, l'alimentation et le logement<sup>22</sup>. Nous observons donc que les infirmières du VON étaient actives dans la propagande antituberculeuse auprès des jeunes, et plus particulièrement auprès des filles. Nous pouvons croire que les jeunes filles étaient visées prioritairement parce qu'elles représentaient les mères de demain. Il semble que les infirmières voulaient inculquer aux jeunes femmes les notions de prévention de la maladie dans le foyer afin qu'elles soient préparées à prendre soin d'une maison et d'une famille dans les années à venir. Visant plus l'adolescence que l'enfance, cette organisation s'affaire à préparer les femmes de demain. Nous observons que cette mesure fait partie de l'entreprise médicale plus large du XX<sup>e</sup> siècle d'enseignement aux femmes sur le rôle de mère dont traite abondamment Denyse Baillargeon dans son ouvrage sur la médicalisation de la maternité. L'éducation des adolescentes semble donc être une méthode pour prévenir l'ignorance des mères à laquelle les médecins relient souvent la maladie ou la mortalité des enfants<sup>23</sup>.

On constate que la campagne de propagande antituberculeuse se développe et se modernise au fil des ans. En 1919, l'Institut Bruchési entreprend une campagne d'éducation antituberculeuse par l'utilisation d'images dans le but d'atteindre la jeunesse scolaire, des

---

<sup>22</sup> Archives NOVA, Miss Crawford, *Tuberculosis : A Talk to 'Teen age Girls*, s.d. Ce cours avait été préparé par le Bureau central dans le cadre du District Conference.

<sup>23</sup> Baillargeon, *op. cit.*, p.93-94.

touts petits aux plus grands. Ces images explorent différents aspects de la lutte, comme le danger des fontaines publiques, les dangers du logement, ou encore la contagion<sup>24</sup>. Cette campagne illustrée est très évocatrice des consignes à suivre. Nancy Tomes affirme que les campagnes de propagande illustrées ont été développées dans l'optique de transmettre l'information sous une forme plus accessible à tous. Alors que les pamphlets et les conférences sont des méthodes populaires au début du siècle, elles ne rejoignent pas une population si vaste selon Tomes. En effet, même si les pamphlets sont vulgarisés, ils demeurent compliqués pour la population peu instruite et se retrouvent souvent à n'être lus que par les familles tuberculeuses. Au contraire, les campagnes illustrées sont des applications des nouvelles méthodes publicitaires de l'époque pour persuader la population générale de l'existence du bacille, même si celui-ci est invisible à l'œil nu<sup>25</sup>. Ce type de campagne est ainsi plus universel et plus attirant, car plus actuel. Louise Côté montre elle aussi que l'utilisation du dessin est une méthode répandue pour diffuser la propagande antituberculeuse dans le deuxième quart du siècle<sup>26</sup>.

L'Institut Bruchési peut donc espérer rejoindre toute la population montréalaise avec des images simples et claires reproduites sur des cartes postales<sup>27</sup>. Une partie de ces publicités s'adresse définitivement aux adultes, car le contenu est relié à l'économie ou au logement. Par exemple, nous voyons que les figures 4.1a et 4.1b s'adressent aux parents. Elles présentent deux illustrations des dangers qui peuvent être présents dans le logement ouvrier. La première montre, comme l'indique le titre, quatre enfants dans le même lit dans une chambre où la fenêtre est fermée. Un petit texte à côté de l'image énonce l'importance de

---

<sup>24</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1919-1920, p.7, 11, 13, 17, 17, 21, 23.

<sup>25</sup> Nancy Tomes, *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1998, p.116-117.

<sup>26</sup> Louise Côté, *En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, coll. «Intercultures», 2000, p.38-39.

<sup>27</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1919-1920, p.20.

l'examen médical périodique de l'enfant. Puis un texte sous l'image affirme que ces enfants deviendront tuberculeux. La deuxième carte postale présente le concept de la chambre noire comme un « nid à tuberculose ». Le texte adjacent indique aux parents de ne pas louer de logement avec des chambres noires et le texte du dessous affirme que les parents ont tendance à faire dormir les enfants dans les chambres noires et que ceci les mène à développer la tuberculose. Ces images veulent donc dire beaucoup plus que ce qu'elles illustrent. Nous voyons que l'Institut Bruchési tente de faire passer plusieurs messages à travers une seule carte. Le texte à côté de l'image semble le plus informatif et objectif, alors que celui en dessous est plus subjectif et alarmiste. En effet, le texte dans la partie inférieure affirme dans les deux cas que les enfants vont inévitablement devenir tuberculeux dans les conditions illustrées. Comme ce n'est pas véritablement le cas, nous pouvons croire que l'institution tient un discours dramatisant, voire culpabilisant, et utilise la peur de la maladie afin de convaincre les parents de suivre leurs indications.

**DANGER DU SURPEUPLEMENT ET DES FENETRES FERMÉES**

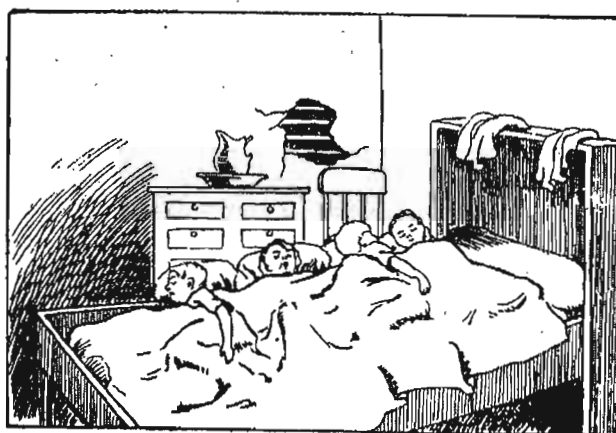


**Les parents doivent se faire un devoir de soumettre leurs enfants à un examen médical périodique.**

*Ces enfants deviendront inmanquablement des candidats à la Tuberculose*

**Figure 4.1a** Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'adulte (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.19.)

## CHAMBRE NOIRE — NID A TUBERCULOSE



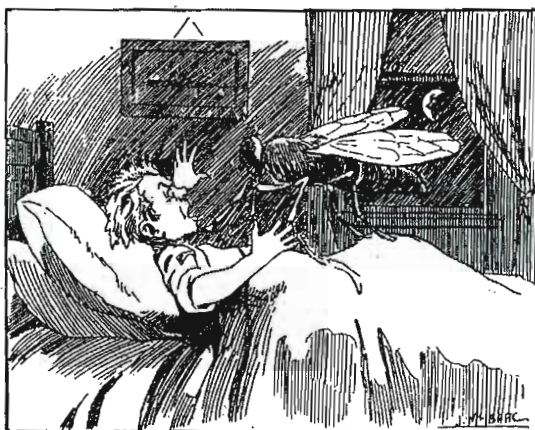
**Le logement  
avec  
chambres noires  
est un  
mauvais  
logement.  
Ne le louez pas.**

*La chambre noire dans laquelle les parents font dormir  
de préférence les enfants, est un moyen sûr de développer  
la Tuberculose.*

**Figure 4.1b** Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'adulte (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.23.)

Comme le dessin est une formule qui rejoint particulièrement l'enfant, une bonne partie des illustrations visent plus précisément cette tranche de population. Les figures 4.2a et 4.2b s'adressent aux enfants. C'est notable dans les textes qui entourent les illustrations. Ils sont plus simples et usent moins de la peur pour convaincre. En effet, on utilise un vocabulaire clair et descriptif indiquant aux enfants ce qu'ils doivent faire pour prévenir la maladie. Ainsi, cette campagne illustrée était accessible à tous et d'autant plus attrayante pour les enfants.

## LA MOUCHE VÉHICULE DE MALADIES



GUERRE  
AUX  
MOUCHES

*Il faut craindre la mouche*

## AUX MACHEURS DE GOMME



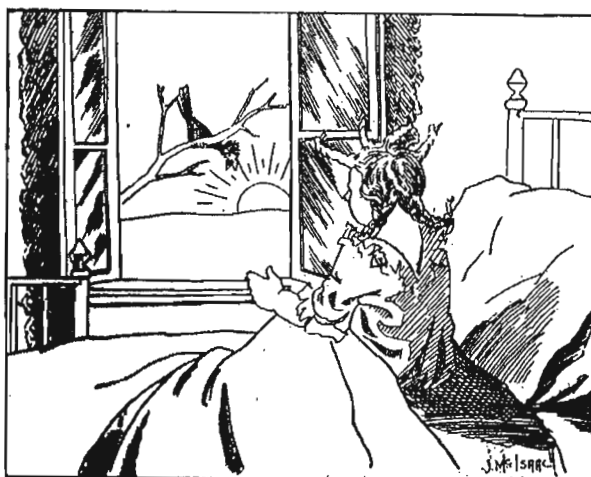
Les mamans  
doivent pren-  
dre un soin  
jaloux de la  
santé de leurs  
enfants.

*Merci ! Mâcher de la gomme ce n'est pas convenable.  
Et entre enfants, changer de gomme c'est dangereux.*

Figure 4.2a Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'enfant (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.17.)

## BIENFAITS DE LA FENETRE OUVERTE

L'air pur est le  
pain des pou-  
mons.  
Notre ami, le  
soleil, est le  
pire ennemi  
des microbes.



*Dormez la fenêtre ouverte ! Là où pénètrent l'air  
pur et le soleil, la maladie n'entre pas.*

## DANGER DES FONTAINES PUBLIQUES



La  
tuberculose  
est évitable  
et curable

*Faisons disparaître l'usage du gobelet commun à la fontaine publique.  
Il est une source de contamination.*

**Figure 4.2 b** Campagne illustrée de l'Institut Bruchési visant l'enfant (Tiré du Rapport annuel 1919-1920, p.17, 11, 21.)

Toutes ces mesures éducatives visent à promouvoir l'atteinte d'éventuels résultats probants pour l'œuvre antituberculeuse. Les campagnes de propagande visant l'enfance font avancer la diffusion des connaissances existantes sur la tuberculose. Nous voyons que ces campagnes jouent un rôle important dans la diffusion de la prophylaxie antituberculeuse. Les efforts pour améliorer la santé des enfants passent par l'éducation, mais aussi par la mise sur pied de mesures ciblées.

#### 4.1.2 Autres mesures ciblant l'enfance

Dans les dispensaires antituberculeux, plusieurs services sont spécialement axés sur l'enfance. Par exemple, les différents dispensaires ont des services de placement des enfants à la campagne pour les sortir de leur milieu lorsque le parent est malade. Cela permet aux parents de vivre leur convalescence tout en isolant les enfants de la maladie<sup>28</sup>. Le dispensaire Herzl a même pensé à l'idée d'un refuge temporaire pour les enfants pendant que la mère se ferait soigner<sup>29</sup>. L'Institut Bruchési a aussi un système de placement des enfants qui sont en contact avec la tuberculose, l'œuvre Grancher. En 1931, c'est 125 enfants qui sont installés à la campagne et qui peuvent profiter du grand air ainsi que d'une alimentation généreuse<sup>30</sup>. Katherine McCuaig affirme que le Québec est le pionnier canadien de ce système développé en France. Elle mentionne aussi que l'œuvre Grancher est aussi utilisée par le *Royal Edward Institute*<sup>31</sup>. Le système comporte deux volets. Dans un premier temps, on sépare les nouveau-nés de leur mère tuberculeuse et on les place dans une autre famille, sous la supervision d'un

---

<sup>28</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1018, Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society of Montreal, *Annual Report*, Montréal, 1902, p.15.

<sup>29</sup> Federation of Jewish Philanthropies of Montreal and Constituent Societies, *Fourth Annual Report*, Montréal, 1920, p.26.

<sup>30</sup> *Id.*, *Rapport général*, Montréal, 1927-1930-1931, p.32.

<sup>31</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.171-172.



médecin et d'une infirmière. Deuxièmement, on déplace les enfants plus âgés de leur milieu familial infecté vers la campagne, et ce, pour la durée de la maladie des parents<sup>32</sup>. Cette deuxième méthode correspond à la norme en terme de placement familial d'enfants à risque pour la tuberculose. La *Loi de la préservation de l'enfance contre la tuberculose*, adoptée en 1930, va généraliser cette pratique de placement des enfants en campagne dans la province, en organisant le système autour des paroisses<sup>33</sup>. Le gouvernement québécois a légiféré selon ce que les artisans de la lutte antituberculeuse avaient mis sur pied. Nous pouvons donc affirmer que cette entreprise des dispensaires a été précurseur d'un mouvement généralisé de placement des enfants à risque.

Au dispensaire Herzl et à l'Institut Baron de Hirsch, plusieurs mesures sont prises pour prévenir la maladie chez les enfants. Comme on juge qu'il vaut parfois mieux laisser les enfants dans leur foyer, probablement pour éviter de les perturber avec davantage de changement, l'institution organise des services pour accommoder les familles. On fournit l'aide d'une gouvernante pour prendre soin des enfants lorsqu'un parent s'absente pour un séjour au sanatorium<sup>34</sup>. Une technique de prévention consiste à faire un suivi régulier des familles tuberculeuses. Des travailleuses sociales vont faire des visites à domicile et notent toutes les informations qui leur semblent pertinentes. C'est ainsi qu'elles remarquent que certains enfants ont l'air anémiques<sup>35</sup> ou encore souffrent de malnutrition. Dans ces cas, elles recommandent à plusieurs reprises aux parents d'amener les enfants se faire examiner au dispensaire<sup>36</sup>. Comme le dispensaire ne peut pas forcer les parents à fréquenter régulièrement

---

<sup>32</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1927-1928, p.24-25.

<sup>33</sup> Renée Joyal, *Les enfants, la société et l'État au Québec, 1608-1989 : jalons*, Montréal, HMH, 1999, p.144-145.

<sup>34</sup> ANCJCCC, Dossier-X 1016.

<sup>35</sup> *Id.*, Dossier-X 1024.

<sup>36</sup> *Id.*, Dossier-X 1030.



la clinique, certains enfants finissent quand même par contracter la maladie<sup>37</sup>. Ces mesures ne sont donc pas toujours efficaces.

Le thème des camps d'été a été étudié en détail par d'autres historiens<sup>38</sup>. Pour cette raison, nous limiterons notre analyse à quelques aspects de ces camps en lien avec notre problématique. Il est pertinent d'analyser l'examen médical qui précède l'admission au camp dans la communauté juive de Montréal dans les années 1940. En effet, au dispensaire Herzl on fait systématiquement l'examen médical des enfants avant de les envoyer au camp d'été B'nai B'rith<sup>39</sup>. Le « patch test » pour la tuberculose semble être une procédure standardisée que les médecins font passer à chaque enfant qui veut s'inscrire au camp. Parmi la cinquantaine de dossiers consultés, nous remarquons que le résultat du test ne semble pas avoir d'impact sur l'admission au camp des enfants. En effet, l'institution envoie les enfants au camp, qu'ils aient eu un résultat positif ou négatif. Certains enfants sont même identifiés comme étant des « TB contacts<sup>40</sup> ». Les cas positifs vont parfois passer une radiographie pour vérifier l'état des poumons. Dans tous les dossiers disponibles, nous avons pu observer que ce deuxième résultat était négatif<sup>41</sup>. Nous ne savons pas si un suivi était fait par la suite auprès des enfants ayant eu un patch test positif, mais nous pouvons croire que la santé des enfants était surveillée au camp, étant donné les fiches de santé du camp retrouvées dans certains dossiers.

---

<sup>37</sup> *Id.*, Dossier-X 1024.

<sup>38</sup> Pour plus d'information, voir : Yves Lajoie, *Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose (1911-1945)*, Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 2003, p.96-113; Sharon Wall, *The Nurture of Nature: Childhood, Antimodernism, and Ontario Summer Camps, 1920-55*, Vancouver, 2009, 369p.

<sup>39</sup> Le camp B'nai B'rith est un camp destiné à tous les enfants juifs. Il n'est pas spécifiquement pour les enfants tuberculeux, comme les camps de santé David et Perron de l'Institut Bruchési.

<sup>40</sup> L'expression « TB contact » est utilisée pour parler d'une personne qui est en contact direct avec un tuberculeux, généralement au sein de sa famille.

<sup>41</sup> ANCJCCC, Dossier-R 2003, Dossier-R 2004.

L'admission universelle des enfants accordée par le dispensaire Herzl nous laisse voir que ce camp d'été permettait aux enfants à risque de profiter de conditions favorables pour renforcer leur système et d'effectuer un semblant de cure de santé. Le camp B'nai B'rith étant accessible aux enfants en santé comme à ceux suspectés d'être infecté par le bacille, il servait donc autant pour des fins préventives que curatives. Cette analyse correspond au portrait que Sharon Wall fait du *Fresh Air Camp* mis sur pied par le journal le *Toronto Daily Star*. Le camp permettait aux enfants vivant dans des conditions urbaines difficiles de profiter de vacances agréables tout en bénéficiant d'un environnement favorable à la santé<sup>42</sup>.

Toutes les mesures auxquelles ont recours le dispensaire Herzl et l'Institut Baron de Hirsch nous démontrent l'importance des enfants pour ces deux institutions juives. Nous constatons aussi l'importance de la prévention chez cette population plus vulnérable qu'est la jeunesse. La prévention n'est pas qu'une question d'éducation sanitaire pour cette communauté. L'isolement des enfants et le suivi médical sont les méthodes de prévention de prédilection des institutions juives de lutte antituberculeuse.

Notons que l'Institut Bruchési a lui aussi des camps pour les enfants tuberculeux ou à risque<sup>43</sup>. Le *Royal Edward Institute* fait également en sorte que les enfants protestants des quartiers congestionnés soient accueillis dans des camps d'été. À travers les camps, on veut permettre aux enfants de vivre dans des conditions bénéfiques, au grand air et au soleil, et d'être nourris suffisamment. Les médecins de l'institution protestante notent que lors de leur séjour au camp, les enfants gagnent en moyenne 14 livres en 6 semaines<sup>44</sup>. Nous constatons donc encore une fois que cette institution fait la promotion de mesures préventives en lien avec des préoccupations sur la nutrition des enfants.

---

<sup>42</sup> Wall, *op. cit.*, p.102-103.

<sup>43</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1927-1928, p.25-26.

<sup>44</sup> Victorian Order of Nurses, *Minute Book of the Advisory Council*, Montréal, 17 octobre 1935, p.63

Tout en continuant de prôner l'isolement des adultes malades<sup>45</sup>, la tendance des institutions est plutôt d'isoler les enfants de leur milieu malsain. Cette option est probablement plus réaliste dans le contexte montréalais<sup>46</sup>. Alors qu'une étude de Annmarie Adams et Peter Gossage démontre qu'une famille montréalaise bourgeoise a les moyens d'isoler un enfant malade du reste de la famille et de limiter la propagation de la maladie dans le foyer<sup>47</sup>, nous constatons que la situation des familles ouvrières est très différente.

La promotion du vaccin BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) est une autre méthode de prévention mise de l'avant au Québec pour contrer le taux de mortalité de tuberculose élevé chez les enfants<sup>48</sup>. En 1929, les infirmières du VON recommandent qu'on vaccine tous les jeunes enfants pour leur éviter de développer la maladie dans le futur<sup>49</sup>. L'Institut Bruchési surveille lui aussi attentivement les naissances dans les familles tuberculeuses afin de vacciner les bébés, même s'il n'arrive pas à s'immiscer dans toutes les familles<sup>50</sup>. McCuaig et Feldberg notent toutes deux que cette méthode a fait l'objet de plus de scepticisme ailleurs en Amérique du Nord<sup>51</sup>. McCuaig explique que ce vaccin a eu du succès au Québec dans le

---

<sup>45</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1927-1928, p.25-26.

<sup>46</sup> Une étude démontre la difficulté d'isoler et d'immobiliser les tuberculeux à Montréal. Voir Mary Anne Poutanen, Sherry Olson, Raphael Fishler et Kevin Swartzman, « Tuberculosis in Town: Mobility of Patients in Montreal, 1925-1950 », *Histoire sociale/Social history*, 42, 83, (mai 2009) : 69-106.

<sup>47</sup> Annmarie Adams et Peter Gossage, « Sick Children and the Thresholds of Domesticity: The Dawson-Harrington Families at Home », dans *Designing Modern Childhoods: History, Space, and the Material Culture of Children*, sous la direction de Marta Gutman et Ning de Coninck-Smith, Nouveau-Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2008, p.69-70.

<sup>48</sup> Pour plus d'informations sur ce vaccin et son utilisation au Canada, voir l'article suivant : Pierrick Malissard, « La longue controverse de la vaccination antituberculeuse au Canada : le bacille Calmette-Guérin (BCG), 1925-1975 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine* : 15 (1998) : 87-128.

<sup>49</sup> Victorian Order of Nurses, *The V.O.N. News*, Montréal, 1929.

<sup>50</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1929-1930-1931, p.33.

<sup>51</sup> Feldberg, *op. cit.*, p.8-9.

deuxième quart du siècle, plus particulièrement à Montréal, à cause du manque de sanatorium et de l'état désorganisé de la campagne dans la province.<sup>52</sup> Nous pouvons affirmer qu'en effet, cette méthode répond alors aux besoins de la lutte antituberculeuse montréalaise qui n'a pas d'autre mesure préventive pour les nourrissons. Avec cette campagne de vaccination, les institutions s'adressent encore une fois aux mères de famille. Nous observons donc que cette procédure cible l'enfance, mais démontre aussi le rôle de premier plan de la mère.

À l'Institut Bruchési, les enfants occupent une grande place. Ceci est notamment illustré par l'ouverture de la clinique des enfants en 1914, tel que mentionné en début de section. L'institution affirme que c'est dans l'enfance que se contracte le germe de la tuberculose et qu'il faut donc essayer de le réduire à l'impuissance durant cette période<sup>53</sup>. Nous retrouvons ici ce même mythe quant à l'origine de la maladie présent dans la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle dont parle Katherine McCuaig<sup>54</sup>. C'est la prémisse sur laquelle se base l'action pour l'enfance de l'Institut Bruchési. Dans son programme de lutte antituberculeuse, plusieurs éléments touchent la prévention auprès des enfants. Rappelons à juste titre l'œuvre Grancher, les camps d'été et la vaccination.

En plus de l'isolement des enfants, l'Institut Bruchési se préoccupe particulièrement de leur alimentation, dont on découvre souvent les carences<sup>55</sup>. Les médecins prônent l'allaitement maternel comme solution à ce problème chez les nourrissons. Ils affirment que les enfants allaités au lait maternel ont une morbidité et une mortalité moindre que ceux nourris artificiellement. Les médecins sont même réticents à diriger les mères vers les « Gouttes de Lait », lieu de distribution de lait et de soins périnataux, car ils craignent que

---

<sup>52</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.84. 171.

<sup>53</sup> Archives Providence, *Notes historiques sur le Camp David-Perron de l'Institut Bruchési de Montréal, Inc*, Montréal, 1931, p.10.

<sup>54</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.157.

<sup>55</sup> Institut Bruchési, *Rapport général*, Montréal, 1927-1928, p.35.

cela dissuade les mères d'allaiter leurs bébés<sup>56</sup>. Cette idée nous semble contradictoire, puisque l'article premier des Gouttes de lait est la promotion de l'allaitement maternel. Denyse Baillargeon démontre d'ailleurs les aspects bénéfiques de cet organisme qui éduquait aussi les mères sur les pratiques dangereuses à éliminer avec leurs enfants<sup>57</sup>. Nous voyons ici une autre mesure préventive chez l'enfant qui implique directement la mère, réaffirmant encore une fois la place essentielle de celle-ci dans la lutte antituberculeuse.

De son côté, le *Royal Edward Institute* est principalement impliqué auprès des enfants avec son école en plein air dont nous discuterons dans la section qui suit. Il y a tout de même une initiative pour les enfants au sein du dispensaire antituberculeux que nous voulons exposer. En 1939, un service de bar à lait est mis sur pied pour les enfants qui viennent à la clinique. On demande deux sous par verre à ceux qui peuvent payer<sup>58</sup>. Cette mesure illustre l'importance de la nutrition dans la cure et la prévention de la tuberculose. En offrant du lait aux enfants, on veut rendre accessible cet aliment qui est l'un des plus promus et encouragés dans la campagne antituberculeuse montréalaise, mais qui est souvent impur et qui se retrouve parfois contaminé par la souche bovine de la maladie<sup>59</sup>. Cette mesure démontre aussi que l'institution se rend compte que la classe ouvrière n'a pas nécessairement accès à du lait de bonne qualité ou n'a simplement pas les moyens de s'en procurer sur une base régulière, faute d'argent. Malgré son discours réformiste parfois réprobateur et condescendant quant aux conditions de vie des familles ouvrières<sup>60</sup>, le *Royal Edward Institute*

---

<sup>56</sup> *Ibid.*, p.25.

<sup>57</sup> Denyse Baillargeon, « Fréquenter les Gouttes de Lait : l'expérience des mères montréalaises, 1910-1965 », *Revue d'histoire de l'Amérique française* : 50, 2 (septembre 1996) : 34.

<sup>58</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1939, p.17.

<sup>59</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.159.

<sup>60</sup> Nous observons que le *Royal Edward Institute* mentionne que les cas de tuberculose et les décès par tuberculose sont causés par le mode de vie et les mauvaises habitudes des familles ouvrières. Voir : Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1911, p.15, 17.

semble admettre que les pauvres ne peuvent pas toujours mettre en action leurs recommandations, du moins au niveau de l'alimentation.

Mary Anne Poutanen et ses collègues affirment que « Despite their vulnerability, children were the last served by specialized institutions<sup>61</sup>. » Nous croyons que les mesures analysées dans cette section permettent de relativiser cet énoncé. Nous avons démontré que les dispensaires antituberculeux mettent sur pied des dispositions qui ciblent les enfants. Les premières initiatives de ce type tentent de conscientiser aussi bien les enfants que leurs parents face aux causes de la maladie. Notons que plusieurs mesures misent sur l'action de la mère. Ces initiatives des dispensaires antituberculeux dirigées spécifiquement vers les enfants leur permettent d'être mieux armés contre la maladie. Nous voyons que plusieurs des mesures tentent d'isoler l'enfant de son milieu à risque. Avec ces initiatives, les dispensaires ouvrent la voie à d'autres actions ciblant l'enfance. Celles-ci sont concrétisées dans le milieu scolaire. L'école est un lieu où la prévention est mise de l'avant.

#### 4.2 L'école comme outil de prévention

Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, l'école est sans aucun doute le meilleur endroit pour rejoindre les enfants, même si elle n'est pas obligatoire avant 1943. À l'instar de l'importance qu'ils accordent au travail de prévention et de ciblage de l'enfance, les dispensaires antituberculeux pensent que l'enseignement de l'hygiène devrait être obligatoire dans les écoles<sup>62</sup>. C'est pourquoi ils collaborent avec les écoles montréalaises. Dans cette partie du chapitre, nous nous intéressons spécifiquement à l'école en plein air du *Royal Edward Institute* puis aux écoles de la Commission des écoles catholiques de Montréal, dont

---

<sup>61</sup> Poutanen et al., *loc. cit.*, 95-96.

<sup>62</sup> Institut Bruchési, *Rapport annuel*, Montréal, 1916-1917, p.23.

l'Institut Bruchési est un des principaux alliés dans le domaine de l'éducation hygiénique<sup>63</sup>. Qui plus est, la commission scolaire subventionne l'institution antituberculeuse catholique<sup>64</sup>. Nous verrons donc comment la lutte s'organise dans le milieu scolaire.

#### 4.2.1 « Open Air School »

Tout au long de ce mémoire, nous avons tenté de mettre en évidence qu'au début du siècle, la question de l'isolement de la maladie est très importante. Nous observons que cette question préoccupe aussi le *Montreal Tuberculosis Institute*, ancêtre du *Royal Edward Institute*. En 1906, les médecins de cette institution constatent qu'il est possible et même souhaitable, selon le règlement municipal, d'exclure les enfants tuberculeux des écoles. Par contre, il ne faut pas nécessairement exclure les enfants vivant dans une famille où il y a un ou plusieurs cas de tuberculose<sup>65</sup>. C'est donc une situation difficile puisque, à cette époque, il n'existe aucun endroit où hospitaliser les enfants tuberculeux. La solution à ce problème viendra en 1912, grâce à une initiative du *Royal Edward Institute*.

La mise sur pied d'une école pour les enfants tuberculeux constitue pour cette institution la plus importante modalité d'intervention ciblant l'enfance. Elle permet aux jeunes tuberculeux de continuer d'aller à l'école tout en s'isolant des élèves en santé. Cette école est caractérisée par son concept en plein air. C'est-à-dire que les élèves suivent la classe dans un local avec de grandes fenêtres qui sont ouvertes en tout temps, été comme hiver<sup>66</sup>. Le

---

<sup>63</sup> *Id.*, *Rapport annuel*, Montréal, 1919-1920, p.8.

<sup>64</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Comité d'enseignement de l'hygiène de la Commission des écoles catholiques de Montréal, *Commission pédagogique*, Montréal, séance du 26 novembre 1930, p.2.

<sup>65</sup> The Montreal Tuberculosis Institute, *Minutes of Committees, December, 1903 to December 1908*, 23 mars 1906.

<sup>66</sup> Royal Edward Institute, *Annual Report*, Montréal, 1912, p.2.

*Royal Edward Institute* affirme que cette idée est inspirée d'une école de Chicago située sur un toit, au début du siècle. Cette dernière a accueilli 30 enfants ayant fait un gain moyen de 4 livres chacun en 30 jours. Les spécialistes de Chicago ont aussi noté que les enfants qui retournaient dans leurs classes régulières avaient plus de succès scolaire que les autres élèves. Ces résultats encourageants mènent à la création d'une école en plein air à Montréal qui est d'abord fréquentée par 86 jeunes patients, de cinq à quinze ans. Un enseignant de la commission scolaire protestante, un médecin et une infirmière forment l'équipe responsable de l'établissement associé à l'institution antituberculeuse protestante<sup>67</sup>.

L'école est située dans l'édifice même du *Royal Edward Institute* de 1913 à 1915, puis elle s'établit dans un autre bâtiment, à l'arrière du bâtiment principal. En 1926, la femme du défunt Lieutenant-Colonel Burland, donateur principal de l'institution, fournit un nouvel édifice pour l'école. On donne alors officiellement à l'école le nom de Jeffrey Burland Memorial School. Elle déménage à nouveau en 1930, alors que le *Royal Edward Institute* est exproprié par le Canadien Pacifique<sup>68</sup>. L'école reçoit principalement des enfants protestants, mais elle accueille aussi des enfants catholiques. La Commission des écoles catholiques de Montréal octroie d'ailleurs annuellement cinquante dollars par enfant catholique fréquentant la classe en plein air. De septembre à décembre 1930, cela correspond à 86 élèves<sup>69</sup>.

Les résultats prometteurs de l'école de Chicago inspirent le *Royal Edward Institute*, mais nous constatons que l'école montréalaise est élaborée selon le modèle de la première école américaine en plein air, originaire de Providence. Une étude de Richard A. Meckel démontre que le système d'école en plein air pour les enfants tuberculeux mis sur pied dans

---

<sup>67</sup> *Ibid.*, p.15-16, 15.

<sup>68</sup> Document non identifié des archives du Centre universitaire de santé McGill, dossier 1988-2660.01.21, s.d.

<sup>69</sup> Document des archives du Centre universitaire de santé McGill, Yvonne M. Deschênes, *Lettre adressée au Docteur Joseph Nolin*, Montréal, 9 juin 1932, p.6.



la capitale du Rhode Island en 1908 est devenu le modèle pour les « open-air schools » dans le reste des États-Unis. Ce modèle a inspiré et contribué à la lutte antituberculeuse mondiale. Basée sur les prémisses de la cure hygiénique, soit l'air frais, l'exercice modéré et la saine alimentation, l'école accueille les enfants tuberculeux tout comme ceux à risque. Elle permet aux enfants d'être constamment exposés à l'air frais et propose une charge académique réduite, des périodes d'exercices régulées et des repas fournis. L'école américaine est inspirée par les camps d'été et leurs effets positifs sur les enfants de la classe prolétaire et de milieu urbain<sup>70</sup>.

Ce modèle d'institution à la fois scolaire et antituberculeuse provient toutefois d'Europe. En effet, Anne-Marie Châtelet explique que l'école en plein air pour enfants tuberculeux provient d'Allemagne au début du XX<sup>e</sup> siècle. Le mouvement a commencé avec des stations de soins en forêt s'apparentant beaucoup aux camps d'été pour les enfants à risque. Il a évolué en ajoutant d'abord un volet scolaire, puis en développant une architecture hygiénique répondant aux besoins spécifiques des enfants tuberculeux ou à risque. Le concept a ensuite été exporté en Europe et à travers le monde, s'adaptant aux différents contextes culturels. Châtelet affirme que l'école en plein air était d'autant plus importante et bénéfique en Amérique du Nord à cause du manque d'action étatique dans la lutte antituberculeuse<sup>71</sup>. Nous observons que l'école en plein air de Montréal découle de ce mouvement et suit plus particulièrement le modèle de l'école de Providence. Son programme est tout à fait semblable à celui de l'école américaine. Une source unique nous permet d'illustrer ce propos.

---

<sup>70</sup> Richard A. Meckel, « Combating Tuberculosis in Schoolchildren: Providence's Open-air Schools. » *Rhode Island History* 53, no. 3 (août 1995) : *passim*.

<sup>71</sup> Anne-Marie Châtelet, « A Breath of Fresh Air : Open-Air Schools in Europe », dans *Designing Modern Childhoods : History, Space, and the Material Culture of Children*, sous la direction de Marta Gutman et Ning de Coninck-Smith, New Brunswick, N.J, Rutgers University Press, 2008, p.107-113.

Nous apprenons beaucoup sur le fonctionnement de l'école et sur le quotidien de l'écolier grâce au récit autobiographique de Frederick T.G. Lear. Cet homme ayant fréquenté l'école Jeffrey Burland alors qu'il avait sept ans a rédigé les souvenirs de son expérience pour la période allant de 1916 à 1918. Comme l'école est alors située au centre-ville, l'enfant doit faire un long trajet en tramway quotidiennement depuis son logement de Pointe-Saint-Charles. Selon Frederick Lear, les médecins du *Royal Edward Institute* avaient dû exposer les bienfaits de ce traitement de manière très convaincante auprès de sa mère, afin que celle-ci accepte que son fils aîné voyage ainsi seul sur une longue distance, matin et soir. Une fois arrivé à l'école, la journée du jeune Frederick commence par des cours en matinée. Le midi, un repas chaud est servi à une longue table. L'homme se souvient même des menus du mercredi et du vendredi. En milieu de semaine, on sert du *shepherd's pie* et on termine la semaine avec du poisson bouilli accompagné de patates bouillies et de maïs. Le repas est ensuite suivi d'une sieste. Il arrive aussi que les enfants aillent dans la cour extérieure entre les leçons<sup>72</sup>. Cette description démontre la présence d'un lien indéniable entre l'école de Providence et celle de Montréal.

Nous pouvons aussi affirmer que l'expérience de la tuberculose dépasse les frontières de l'école pour Frederick Lear. En plus de fréquenter cette école en plein air, il va souvent au *Royal Edward Institute*. L'institution lui remet d'ailleurs un crachoir jetable afin qu'il dispose de ses sécrétions de façon sécuritaire. La famille Lear prend aussi d'autres précautions pour prévenir l'infection dans le foyer familial. Ainsi, Frederick a ses propres ustensiles et sa propre vaisselle qu'il ne doit pas partager. Il doit rester éloigné de sa sœur et de son frère.

À la fin de l'année scolaire, le jeune Frederick passe l'été à la campagne chez des amis de sa mère. Nous pouvons croire que la séparation entre le jeune enfant et sa famille était difficile, autant pour Frederick qui se retrouvait dans un environnement nouveau et chez des inconnus, que pour sa mère qui devait laisser son fils malade dans les mains d'amis

---

<sup>72</sup> Archives du Centre universitaire de santé McGill, Frederick T.G. Lear, *Montreal Chest Hospital Centre, History, A personal account*, 1er novembre 1993, p.1-4.

éloignés. Nous constatons que cette mesure organisée par la famille s'apparente à l'œuvre Grancher décrite plus haut. Pendant les trois mois passés sur la ferme, Frederick se souvient avoir eu une meilleure alimentation, avec entre autres des œufs, de la crème et du bacon à profusion. En ville, l'accès à tous ces aliments est restreint et la privation est d'autant plus importante à cause de la guerre. À l'automne 1918, étant considéré comme guéri, il retourne chez lui en ville et poursuit sa scolarité dans son quartier<sup>73</sup>. Le fait que Frederick Lear ait décidé de raconter son expérience personnelle de la tuberculose, et ce à 84 ans, démontre que la maladie a marqué sa vie.

Cet exemple de cas tend à confirmer notre hypothèse selon laquelle on tentait d'isoler les tuberculeux afin de prévenir la maladie dans la famille. L'isolement de l'enfant à l'école, puis dans sa famille a permis d'éviter la contagion familiale. Mary Anne Poutanen et ses collègues signalent par contre la « contradiction of mobility » que représente le cas de cet enfant, qui était isolé à plusieurs niveaux et prenait plusieurs précautions, mais qui utilisait quotidiennement les transports en commun, propageant ainsi potentiellement ses germes<sup>74</sup>. Nous réaffirmons, en accord avec ces chercheurs, que l'isolement n'était pas toujours une solution réaliste dans le contexte montréalais. L'école en plein air permet tout de même aux jeunes tuberculeux d'être isolés des écoliers en santé. Ces derniers sont soumis à des inspections médicales à l'école, dans l'optique de prévenir et d'isoler les cas de maladie contagieuse.

#### 4.2.2 L'inspection médicale

L'inspection médicale scolaire est une entreprise de santé publique mise sur pied à Montréal au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. La ville est d'ailleurs la première au Canada à implanter

---

<sup>73</sup>*Ibid.*, p.3, 5-8.

<sup>74</sup> Poutanen et al., *loc. cit.*, 95-96.

cette mesure dans ses écoles<sup>75</sup>, organisée par le Conseil municipal de Montréal en 1906<sup>76</sup>. Le processus d'inspection s'organise de plus en plus au cours du siècle. Nous verrons qu'en ce qui a trait à la tuberculose et aux maladies contagieuses, l'inspection scolaire fait un travail qui s'apparente beaucoup à celui des institutions antituberculeuses.

Au tout début du XX<sup>e</sup> siècle, c'est le médecin de l'Institut Baron de Hirsch qui fait l'inspection de l'école juive de Montréal. Il en est ainsi puisque jusqu'en 1903, les enfants juifs vont dans des écoles confessionnelles privées. Après cette date, ces enfants sont intégrés dans les écoles protestantes suite à l'adoption d'une loi sur l'instruction publique des enfants de confession judaïque<sup>77</sup>. Ce médecin de l'Institut Baron de Hirsch affirme que l'école juive serait en avance sur les autres écoles de la ville au niveau des normes d'hygiène. Manifestement, l'espace, la ventilation et les installations de l'institution sont une source de fierté pour lui. Il est particulièrement satisfait des toilettes de l'école, avec leur drainage automatique et leur ventilation. Il affirme que cet environnement hygiénique favorise la santé des enfants<sup>78</sup>. Quoique nous ne puissions confirmer la supériorité hygiénique de cette école, nous pouvons croire que l'institution privée jouissait d'un financement permettant des installations modernes. Nous voyons surtout l'importance de la salubrité comme mesure préventive de santé des enfants aux yeux de ce médecin.

L'inspection médicale des élèves est aussi importante pour la Commission des écoles catholiques de Montréal. Celle-ci est faite par des médecins-inspecteurs, des dentistes-inspecteurs et des gardes-malades-visiteuses de la Ville de Montréal. On explique que « Le

---

<sup>75</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.160.

<sup>76</sup> Robert Gagnon, *Histoire de la Commission des écoles catholiques de Montréal : le développement d'un réseau d'écoles publiques en milieu urbain*, Montréal, Boréal, 1996, p.106.

<sup>77</sup> Joyal, *op. cit.*, p.109-110.

<sup>78</sup> Baron de Hirsch Institute and Hebrew Benevolent Society of Montreal, *Annual Report*, Montréal, 1902, p.8.

médecin inspecteur fait l'examen systématique des cas de maladies contagieuses dépistés par les gardes-malades. [...] Par des visites à domicile, les gardes-malades s'assurent que les prescriptions des médecins sont suivies<sup>79</sup> ». L'inspection médicale faite à l'école sert aussi à évaluer la capacité des mères à s'occuper de leurs enfants et a donc des répercussions à domicile. En effet, les infirmières font un suivi à domicile des écoliers malades. Lors de ces visites, les infirmières tentent de connaître le motif des absences scolaires et de trouver les cas de maladies contagieuses. Leur travail consiste aussi à montrer aux familles comment exécuter les traitements prescrits et à insister sur l'importance d'un traitement immédiat<sup>80</sup>. De même, les infirmières doivent éduquer les parents sur les conditions hygiéniques du logis idéales pour l'enfant. Le Service de santé de la Ville insiste sur ses méthodes et ses buts :

Obtenir la correction des défectuosités physiques; importance d'intervenir sans délai. Insister avec tact et patience – Convaincre plutôt qu'ordonner. Vaincre l'apathie et l'ignorance. Procurer du secours et conduire des enfants pauvres aux dispensaires avec autorisations écrites des parents et après enquête sociale sérieuse<sup>81</sup>.

Ceci laisse entendre que les familles peuvent être réticentes d'agir concrètement pour la santé de leur enfant. Nous constatons que le Service de santé met l'insensibilité et l'inaction sur le dos de l'ignorance, discours qui fait ressortir les valeurs réformistes de son personnel. Ce discours est commun aux médecins de la première moitié du siècle qui mettent la responsabilité sur la mère lorsqu'il est question de maladie ou de mortalité infantile. Cette

---

<sup>79</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Comité d'enseignement de l'hygiène de la Commission des écoles catholiques de Montréal, *Commission pédagogique*, Montréal, séance du 10 décembre 1930 et du 26 novembre 1930.

<sup>80</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, S. Boucher, *Entente entre la Commission scolaire catholique et le Service de santé, pour établir une étroite coopération dans l'inspection médicale des écoles*, Montréal, 18 mai 1929.

<sup>81</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Cité de Montréal, Service de santé, Division Hygiène de l'Enfance, *Inspection médicale des écoliers, II, Fonction générales du médecin-inspecteur et de l'infirmière-scolaire*, Montréal, 1937.

idéologie est soulignée par Denyse Baillargeon<sup>82</sup> et rapportée au chapitre précédent. En informant les parents et en prenant le temps de leur expliquer la situation, les spécialistes de la santé de la Ville pensent pouvoir venir en aide aux enfants. Les infirmières-visiteuses effectuent ainsi 34 975 visites pour l'année scolaire 1943-1944, et ce nombre demeure élevé au cours de la décennie, avec 35 878 visites en 1945-1946, 29 526 en 1946-1947, 32 739 en 1947-1948 et 25 773 en 1948-1949<sup>83</sup>.

L'inspection médicale scolaire vise la santé globale des enfants, mais les maladies contagieuses sont une préoccupation particulièrement importante pour les écoles. Au cours des examens médicaux, les médecins et les infirmières tentent spécialement de dépister les cas contagieux. Katherine McCuaig affirme d'ailleurs que l'inspection médicale scolaire est une mesure essentielle pour le dépistage de la tuberculose chez les enfants dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. En effet, en examinant les enfants, les médecins et les infirmières peuvent non seulement diagnostiquer les tuberculeux dans des stades débutants ou avancés de la maladie, mais ils arrivent même à dépister la maladie dans des stades latents en décelant des comorbidités<sup>84</sup>.

Nous constatons qu'il y a des liens entre le travail de l'infirmière scolaire et celui de l'infirmière-visiteuse d'un dispensaire antituberculeux. D'abord, toutes deux servent de trait d'union entre l'institution et le domicile. Lors de leur visite dans les foyers, elles doivent tenter de dépister les nouveaux cas de tuberculose. Ensuite, l'éducation et la persuasion font partie de leurs tâches principales. Elles doivent faire connaître le traitement à suivre, mais surtout convaincre les familles des bienfaits de celui-ci et de la nécessité de son assiduité. L'enseignement de l'hygiène occupe une grande place pour ces soignantes.

---

<sup>82</sup> Baillargeon, *op. cit.*, p.94.

<sup>83</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Service de santé, Division de l'hygiène à l'enfance, *Inspection médicale des écoles à Montréal*, Montréal, 1954, p.2.

<sup>84</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.160-161.

En plus des médecins et des infirmières, le Service de santé de la Ville compte sur les instituteurs pour inspecter les enfants<sup>85</sup>. Effectivement, ils doivent inspecter quotidiennement les élèves et être à l'affût des changements. C'est pourquoi la Commission des écoles catholiques de Montréal se préoccupe de l'éducation de ses enseignants sur les maladies contagieuses et sur l'hygiène. En plus des manuels d'hygiène fournis, la revue pédagogique *L'École canadienne* publie régulièrement des articles présentant le programme de cette matière<sup>86</sup>. Les enseignants se trouvent alors bien informés pour pouvoir transmettre leurs connaissances aux enfants. Ils sont à jour sur les notions d'hygiène et peuvent mieux surveiller les cas de maladies contagieuses dans leur classe. Leur tâche consiste ensuite à référer tous cas suspects au médecin ou à l'infirmière-visiteuse et à déclarer les cas de contagion confirmés à la municipalité. Les instituteurs doivent exclure les écoliers contagieux et surveiller les contacts dans la classe. De plus, ils doivent signaler les enfants absents pendant plus de deux jours consécutifs pour cause de santé et s'assurer qu'ils soient examinés avant leur retour en classe<sup>87</sup>. Nous constatons donc que les instituteurs sont des alliés indispensables pour les professionnels de la santé. Étant en contact direct avec les enfants sur une base quotidienne, ils sont les mieux placés pour noter les changements de santé au sein de la classe et pour propager les notions d'hygiène et de prévention de la tuberculose.

---

<sup>85</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Service de santé, Division de l'Hygiène à l'Enfance, *Le rôle de l'instituteur dans le contrôle de la contagion à l'école*, Montréal, 18 septembre 1946.

<sup>86</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Dr J.-A. Baudouin, « Importance de l'hygiène à l'école », *L'École canadienne*, 9 (1<sup>er</sup> avril 1926) : 359-360; Dr J.-A. Baudouin, « Importance de l'hygiène à l'école », *L'École canadienne*, 10 (1<sup>er</sup> mai 1926) : 414-415.

<sup>87</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Service de santé, Division de l'Hygiène à l'Enfance, *Le rôle de l'instituteur dans le contrôle de la contagion à l'école*, Montréal, 18 septembre 1946.



#### 4.2.3 Propagande antituberculeuse et d'hygiène

Pour les dirigeants de la CECM, l'éducation hygiénique a une place importante au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Dans son étude sur l'histoire de la commission scolaire, Robert Gagnon explique cette mouvance vers la sauvegarde de l'enfant par les initiatives des médecins hygiénistes et des réformistes. Ces hommes souhaitent convaincre les institutions scolaires de « la nécessité de pourvoir aux besoins corporels des enfants<sup>88</sup> » et « améliorer le bien-être physique des écoliers<sup>89</sup> ». Voyant le jour en 1886, en pleine période d'industrialisation, le Conseil d'hygiène du Québec permet aux réformistes de voir s'implanter dans les écoles de Montréal des mesures d'hygiène et de santé correspondant à leurs revendications. L'enseignement de l'hygiène y est donc obligatoire à partir de 1899. Robert Gagnon situe les inspections médicales et l'enseignement de l'hygiène dans le mouvement de sauvegarde de l'enfance, qui amène l'école à préparer les enfants à la vie en ville<sup>90</sup>. L'éducation antituberculeuse dans les écoles est donc en lien avec cet avancement de l'hygiène à la CECM présenté par Gagnon. Des mesures éducatives spécifiques traitent directement de la tuberculose, alors que d'autres sont plus générales et s'attaquent aux facteurs de risque, comme l'alimentation et l'hygiène.

##### 4.2.3.1 Catéchisme de tuberculose

La Ligue Antituberculeuse de Montréal met sur pied un outil de propagande visant les enfants en 1908. Basé sur le principe que la maladie peut être évitée, le Catéchisme de tuberculose a pour but de répandre les méthodes de prévention auprès des écoliers. Comme

---

<sup>88</sup> Gagnon, *op. cit.*, p.106.

<sup>89</sup> *Ibid.*, p.107.

<sup>90</sup> *Ibid.*, p.106, 110.



les écoles montréalaises sont chrétiennes, le format du catéchisme est privilégié, étant une méthode traditionnelle d'enseignement religieux. Les membres de la Ligue Antituberculeuse souhaitent imprégner les notions de prévention dans l'esprit des enfants. Sous forme de question-réponses, on explique aux enfants en 54 leçons ce qu'est la tuberculose, quelle est sa cause, quelles sont ses formes, comment la maladie se propage et plus encore. Les sujets sont abordés de façon précise et assez détaillée, mais le tout est vulgarisé. Par exemple, le rôle des crachats dans la transmission de la maladie est discuté et on explique que « S'ils ne sont pas détruits, ils se dessèchent, se puvérissent et les bacilles ainsi libérés s'introduisent, avec l'air, dans les poumons de personnes en santé; ou bien encore, les mouches, très friandes des crachats, transportent les bacilles sur les aliments<sup>91</sup>. »

Ce premier manuel sur la tuberculose est ancré dans la campagne de propagande antituberculeuse pour les enfants tout en faisant partie du mouvement de réforme hygiénique en cours dans les écoles. Les différentes consignes d'hygiène et de prévention de la tuberculose qu'il présente tentent de démystifier la maladie pour les enfants. Cet outil semble donc très approprié pour cette population, car il vulgarise des concepts médicaux et donne des conseils pratiques, tout en utilisant un format connu. Louise Côté affirme que ce petit livre contribue à « donner un sens religieux à la mission antituberculeuse<sup>92</sup> », dont le symbole est d'ailleurs la Croix de Lorraine. Cette historienne démontre aussi que l'imagerie et le discours religieux sont communément utilisés par les réformistes pour atteindre la sensibilité de la population et qu'ils revêtent une importance significative à cette époque<sup>93</sup>. Nous constatons que ce document aide à faire la prévention de la maladie dans le milieu scolaire, muni du soutien de la religion et fournissant des informations éducatives pertinentes.

---

<sup>91</sup> Ligue Antituberculeuse de Montréal, *Catéchisme de tuberculose*, Montréal, 1908, p.7.

<sup>92</sup> Côté, *op. cit.*, p.77.

<sup>93</sup> *Ibid.*, p.76-77.

#### 4.2.3.2 Les cours d'hygiène

Comme nous l'avons indiqué plus tôt, la CECM commence à mettre l'hygiène au programme dès 1899. Les discussions sur l'enseignement obligatoire de cette matière datent même de dix ans auparavant<sup>94</sup>. La Commission des écoles catholiques de Montréal adopte plusieurs programmes d'enseignement et plusieurs manuels d'hygiène au cours de la période étudiée. Le Dr J.A. Baudouin prépare un cours s'adressant aux instituteurs qui sera adopté en 1919. Les dirigeants de la commission scolaire trouvent ce cours pertinent et croient que les enseignants peuvent instruire leurs familles et leurs élèves grâce à ce document. Ce cours contient deux leçons spécifiques sur la tuberculose<sup>95</sup>. En 1930, on adopte plutôt le manuel du Dr Hector Palardy. Ce livre s'adresse encore aux enseignants et n'est pas disponible pour les écoliers. Par contre, des compagnies d'assurances distribuent des brochures gratuitement aux enfants à l'école<sup>96</sup>.

Une autre mesure de prévention et de promotion de la santé est l'organisation d'une semaine provinciale de l'hygiène dans les écoles en 1922. Dans le cadre de celle-ci, le Service provincial d'hygiène prépare des causeries sur différents sujets. Trois causeries portent sur la tuberculose, abordant les précautions pour l'éviter, la nature de la maladie et de la cure. Les médecins utilisent un discours direct et plutôt familier pour s'adresser aux enfants<sup>97</sup>. Ils emploient le mode narratif, dont nous discuterons dans la section qui suit. Par de

---

<sup>94</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal, *Correspondance*, 1889.

<sup>95</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, A. Lafontaine, *Lettre présentant le cours du Dr J.A. Baudouin et ses 40 leçons*, Montréal, 16 décembre 1919.

<sup>96</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal, *Résolution adoptée*, Montréal, 18 mars 1930.

<sup>97</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Service provincial d'hygiène, *Aux enfants des écoles, pour qu'on aime l'hygiène, causeries préparées par les inspecteurs régionaux et autres fonctionnaires du Service provincial d'hygiène*, 1922, p.59-60.

telles activités éducatives, les médecins et la commission scolaire souhaitent aussi atteindre les parents et les familles. Les cours d'hygiène en milieu scolaire sont un exemple de l'action des réformistes. Comme l'affirmait Katherine McCuaig, en ciblant l'enfance les réformistes prévenaient la maladie chez ce groupe, mais aussi chez les adultes de la prochaine génération, tout en éveillant la conscience du reste de la population<sup>98</sup>.

#### 4.2.3.3 Les séances de propagande

Une méthode originale d'éducation et de diffusion des connaissances antituberculeuses est mise sur pied dans les années 1930. Le Docteur Adrien Plouffe est le principal instigateur d'une campagne de propagande hygiénique auprès des écoliers catholiques sous forme de séances. Au cours de celles-ci, des enfants présentent des chansons et des saynètes sur des notions d'hygiène composées par Plouffe<sup>99</sup>. Dans ses sketches, le médecin met en scène des enfants qui discutent de santé et d'hygiène. En général, il y a un personnage qui remet en question le discours médical présenté aux enfants en prétendant que celui-ci est trop alarmiste. Un autre enfant défend alors les dires des médecins et explique certaines règles d'hygiène. Chaque sketch porte sur une maladie ou une préoccupation hygiénique différente.

Par exemple, dans *Deux blanches majestés contre la tuberculose*, trois enfants discutent du lien entre la malnutrition et la tuberculose, soulignant l'importance du lait dans l'alimentation des enfants. Cette forme de propagande utilise un langage et un style très familier<sup>100</sup>. Louise Côté démontre que l'utilisation du mode narratif, tel qu'employé par

---

<sup>98</sup> McCuaig, *op. cit.*, p.166.

<sup>99</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, *Programme de la Séance de propagande organisée par le Docteur Adrien Plouffe : Hygiène – Charité – Civisme*, Montréal, 17 avril 1936.

<sup>100</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Adrien Plouffe, *Deux blanches majestés contre la tuberculose*, Montréal, 1933-1936.

Adrien Plouffe et les médecins du Service provincial d'hygiène, est commune à tous les acteurs de la lutte antituberculeuse de la première moitié du siècle. Ce type de discours tend à faire ressortir une morale à partir d'anecdotes. L'avantage de la narration est son caractère universel qui amène une histoire individuelle à devenir un modèle pour la collectivité. Côté affirme que ce mode est utilisé par les médecins pour illustrer l'origine de la tuberculose et sa propagation<sup>101</sup>. Les propos du docteur Plouffe montrent que ce type de discours est aussi utilisé pour faire la prévention de la maladie.

Les méthodes d'Adrien Plouffe, quoiqu'originales, sont bien de leur époque, tout comme ses propos. En faisant l'apologie du lait, Adrien Plouffe aborde un aliment qui, à l'instar de ce que nous avons affirmé précédemment, est très important dans la lutte antituberculeuse. De plus, il n'hésite pas à citer la Faculté de Médecine et même le Pape pour vanter les bienfaits du lait. Ce faisant, nous retrouvons encore une fois l'utilisation de la religion pour transmettre le message antituberculeux. Nous constatons aussi un croisement entre le discours scientifique et le langage familier dans le but de convaincre les enfants, mais aussi leurs parents.

À cet effet, Adrien Plouffe écrit des articles dans le journal *L'Action Médicale* sur l'importance de l'éducation des parents, dans lesquels il dit que ceux-ci ignorent trop souvent les avis des médecins qui inspectent leurs enfants à l'école. Certains articles sont suivis de la publication d'un sketch pour illustrer son argument<sup>102</sup>. L'influence réformiste est palpable dans les propos moralisateurs du médecin à l'égard des parents. L'analyse de son travail nous permet d'affirmer que cet artisan de la lutte antituberculeuse est un représentant type des médecins réformistes de son époque.

---

<sup>101</sup> Côté, *op. cit.*, p.119.

<sup>102</sup> Archives de la Commission scolaire de Montréal, Adrien Plouffe, « Il faut la tuer » et « Les coupables inconscients », *L'Action Médicale*, (juin 1933) : 104-106.

#### 4.3 Conclusion

L'analyse du travail antituberculeux ciblant l'enfance tend à confirmer notre hypothèse selon laquelle l'éducation sanitaire est de plus en plus importante chez les enfants à travers la période. Les propos de Robert Gagnon donnent à penser que l'enfance devient de plus en plus importante dans la société montréalaise, comme nous le proposons dans notre hypothèse. Yves Lajoie établit aussi ce point dans son analyse de l'œuvre à l'enfance de l'Institut Bruchési<sup>103</sup>. De même, Katherine McCuaig mentionne elle aussi l'importance de l'enfance et de la prévention chez cette population dans la lutte antituberculeuse canadienne<sup>104</sup>.

Nous constatons que les inspections médicales scolaires, les cours d'hygiène et la propagande antituberculeuse et d'hygiène jouent aussi un rôle important dans la campagne de prévention de la maladie dans les foyers des Montréalais, confirmant une autre de nos hypothèses. Par contre, nous ne pouvons pas savoir si ces actions donnent des résultats concrets. Nous avons vu que l'enfant reçoit de l'éducation sur la tuberculose et sur les mesures de prévention à prendre chez lui. Les médecins et les réformistes souhaitent d'ailleurs que plusieurs de ces mesures soient partagées avec la famille. Nous remarquons aussi que plusieurs mesures visant l'enfant s'adressent aussi aux parents, à travers un discours souvent moralisateur. La mère est la plus ciblée par les spécialistes de la santé qui attaquent son ignorance qu'ils jugent principale responsable des maux de l'enfance.

Ce chapitre nous a aussi permis de voir que l'isolement des tuberculeux n'est pas une méthode réaliste en ville, surtout dans les quartiers ouvriers de Montréal. Par conséquent, les institutions antituberculeuses tentent de prévenir la propagation de la maladie chez l'enfant en le soustrayant au milieu familial et urbain pour l'isoler à la campagne. Cela met de

---

<sup>103</sup> Lajoie, *op. cit.*, p.96.

<sup>104</sup> McCuaig, *op. cit.* p.157.

nouveau en cause l'environnement malsain dans lequel vivent ces familles et le manque d'implication de l'État dans la lutte antituberculeuse.

## CONCLUSION

Comment les tuberculeux vivaient-ils la maladie à domicile? Comment est-ce que les familles de tuberculeux s'organisaient avec un malade à la maison? Comment arrivaient-elles à se soigner à la maison dans leur quotidien? Quel était l'impact de la maladie sur la famille? Qui procédait aux soins à domicile et comment? Quelles étaient les méthodes de prévention de la tuberculose utilisées par les dispensaires antituberculeux et les écoles? Nous avons tenté de répondre à ces questions tout au long de ce mémoire, en étudiant la façon dont les familles ouvrières faisaient face à la tuberculose dans leur foyer. En analysant un grand nombre de sources variées, nous avons dressé un portrait du vécu de la tuberculose à domicile.

Dans le premier chapitre, nous avons vu que notre mémoire s'insère dans l'historiographie de la tuberculose, de la santé publique et de l'implication des femmes dans le foyer. Nous avons constaté qu'il y avait un vide à combler dans l'historiographie au niveau de l'expérience de la tuberculose hors du cadre sanatorial. Nous avons aussi observé que peu d'études analysaient la maladie en s'attardant à différents groupes culturels à la fois. À la lumière de ces informations, nous avons élaboré notre problématique, nos questions de recherche et nos hypothèses. Nous avons ensuite présenté le corpus des sources et les méthodes d'analyse sur lesquelles se fonde ce mémoire.

À travers le deuxième chapitre, nous avons mis en relief l'aspect distinct de Montréal dans le contexte de la lutte antituberculeuse canadienne, avec son sous-financement par les gouvernements et l'importance des soins à domicile dans le traitement de la maladie. Nous avons analysé la mise sur pied de cette lutte, organisée principalement par des médecins réformistes. Il en est ressorti que la situation spécifique de la métropole a mené au développement du système de dispensaire antituberculeux, caractérisé par la place centrale des soins à domicile. En analysant l'évolution de l'Institut Bruchési, du *Royal Edward*

*Institute*, de l'Institut Baron de Hirsch et du dispensaire Herzl, nous avons constaté que la communauté juive de Montréal se distingue de celles des Catholiques et des Protestants de la ville au niveau de l'organisation des soins des tuberculeux. En effet, les médecins juifs préconisent le traitement sanatorial alors que les autres médecins montréalais appuient le système de dispensaire et de traitement à domicile.

Le troisième chapitre analyse le vécu des familles ouvrières montréalaises aux prises avec la tuberculose de même que les recommandations des différentes institutions à l'égard de celles-ci. Nous avons fait le lien entre la maladie et le logement, observant que les médecins réformistes sont très préoccupés par l'environnement hygiénique dans lequel évoluent les tuberculeux de la classe ouvrière. Nous avons aussi observé que la pauvreté des familles les incite à aller chercher de l'aide dans les dispensaires qui leur fournissent une assistance sociale et matérielle. La place centrale de l'éducation dans l'expérience de la tuberculose dans le foyer a ensuite été analysée dans le contexte du discours et des actions des dispensaires antituberculeux. Nous avons observé que les prescriptions faites aux malades, et principalement aux femmes, faisaient souvent abstraction de la réalité des familles pauvres. En nous attardant au rôle de l'infirmière, nous avons dégagé l'importance de l'éducation dans son travail, mais aussi du soutien qu'elle apporte aux familles. Nous avons aussi analysé l'apport des travailleuses sociales de la communauté juive dans le travail de secours pour constater leur place essentielle dans les soins pré et post séjour sanatorial. En terminant, nous avons démontré que les mères sont particulièrement importantes dans le contexte de la tuberculose vécue à domicile, en raison de la responsabilité qui leur incombe quant au logement et à la famille.

Dans le quatrième chapitre, nous avons fait ressortir les mesures des dispensaires et des écoles de la CECM ciblant l'enfance. Les dispensaires mettent sur pied des cliniques pour les enfants, des campagnes éducatives illustrées, des systèmes de placement des enfants à risque et des camps d'été. Ces mesures démontrent l'intérêt marqué des médecins antituberculeux pour l'enfance. Le *Royal Edward Institute* crée une école en plein air pour les enfants tuberculeux. La Commission des écoles catholiques de Montréal joue un rôle dans la



campagne antituberculeuse par l'implantation de l'inspection médicale des élèves, les cours d'hygiène et les séances de propagande destinés aux enfants. La place de l'éducation sanitaire des enfants s'est avérée de plus en plus grande dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

De façon plus large, notre mémoire nous permet de tirer plusieurs conclusions. Nous avons constaté une spécificité montréalaise dans le développement des soins des tuberculeux face au reste du Canada. Nous sommes conscients que le constat de cette spécificité va à l'encontre d'une partie importante de l'historiographie récente. Le manque d'implication des gouvernements contribue à l'adoption du système de dispensaire, caractérisé par la maladie vécue dans le foyer et les soins à domicile. Tout au long du mémoire, nous avons tenté de faire ressortir les discours des différents acteurs de la lutte antituberculeuse montréalaise. Nous avons découvert que les médecins antituberculeux ont des valeurs et des idéologies réformistes, mais qu'ils sont conscients que la classe ouvrière n'a pas le plein contrôle sur ses conditions de vie. Nous avons retrouvé un discours semblable chez les infirmières, qui sont en contact direct avec le foyer. Nous constatons que les acteurs de la lutte antituberculeuse font preuve de dévouement et d'un certain niveau de compassion, même s'ils partagent les valeurs de la classe moyenne et imputent une partie de la responsabilité de la maladie aux patients.

Cette recherche a toutefois des limites. Tout en voulant faire un portrait complet des soins à domicile des Montréalais entre 1900 et 1950, nous n'avons pas pu donner une voix à tous. Nos sources contenaient par exemple peu d'informations sur les anglophones catholiques ou les immigrants autres que juifs. Nous avons eu peu de contact direct avec les familles ouvrières. Ainsi, nous avons analysé les discours pour tenter de dégager le subjectif de l'objectif. L'état fragmentaire de certaines sources et le changement dans le contenu des rapports annuels au fil des ans nous a aussi empêchés de faire une analyse uniforme de toute la période à l'étude. C'est aussi une des difficultés liées au choix de cette période. Malgré ces limites, nous avons tenté de faire ressortir le vécu de la tuberculose des familles ouvrières en utilisant les documents les plus complets et pertinents parmi nos sources. Nous croyons avoir

apporté une nouvelle lumière sur les perceptions de la tuberculose et des familles ouvrières à Montréal.

En ce sens, ce mémoire traite d'un sujet important, mais sous-étudié par les historiens. En effet, malgré l'ampleur du problème qu'ils représentent les soins à domicile ont fait l'objet de peu de recherches. Nous avons vu que les organismes philanthropiques et de bienfaisance tentent de mettre sur pied des mesures pour assurer ces soins, mais que le financement de tels soins demeure un problème constant au fil des ans. Contemporain, ce problème est encore entier sinon endémique. C'est pourquoi l'étude du développement de ces services à domicile et leur évolution nous apparaît pertinente. Alors que la majorité des soins de santé sont gérés par l'État, le financement demeure un problème sérieux. Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, le partenariat public privé en santé refait de plus en plus surface, ce qui nous force à revoir l'implication d'organismes caritatifs. De même, certains organismes privés offrent encore des soins à domicile des malades, notamment les infirmières du VON, qui sont maintenant connues sous le nom de NOVA Montréal. On peut se demander quels rôles les soins à domicile des tuberculeux ont pu avoir dans l'élaboration du système actuel de soins à domicile, et comment ceux-ci peuvent influencer les changements à venir dans le système québécois.

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. Sources

#### 1.1 Sources manuscrites

Montréal, Archives du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Fonds Montreal Chest Institute : Rapports annuels, correspondance, procès-verbaux, livrets, histoires, témoignage.

Montréal, Archives de la Commission scolaire de Montréal (CSM).

Fonds médical et d'hygiène scolaire, 01.01.01.01, S1D1, S1D2, S2SS3D2 : Correspondance, rapports mensuels, manuels d'hygiène, journaux.

Montréal, Archives du Congrès juif canadien, Comité des charités.

Fonds Federation of Jewish Philanthropies (FJP), I0020, collection MB 01, série A et série B, collection MB 02, série A et série B : Rapports annuels, dossiers médicaux, procès-verbaux, correspondance, histoires.

Montréal, Archives Providence.

Fonds Institut Bruchési, M.2C.2(1) à M.2C.34(32), M95.34(01)-AG-Bb3.7 à M95.34(52)-AG-Bb3.7 : Rapports annuels, correspondance, procès-verbaux, registres, chartres, réglementation.

Montréal, NOVA Montréal

Fonds du Victorian Order of Nurses à Montréal, Box Minutes 1898, Box Minutes History, Box Archives Minutes 1923-43 : Procès-verbaux, rapports annuels, correspondance, cours, pamphlets.

#### 1.2 Sources imprimées

Crowe, H. Warren. 1909. *Consumption : Treatment at Home and Rules for Living*. Ottawa : The Canadian Association for the Prevention of Tuberculosis, 37 p.

Ligue Antituberculeuse de Montréal. *Catéchisme de tuberculose*. 1908. Montréal : Ligue Antituberculeuse de Montréal.

## 2. Etudes

### 2.1 Livres

- Amato, Joseph A. 2002. *Dust: A History of the Small and the Invisible*. Berkeley : University of California Press, 250 p.
- Ames, Hebert Brown. 1972. *The City Below The Hill*. Toronto : University of Toronto Press, 116 p.
- Apple, Rima D. 1987. *Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding, 1890-1950*. Coll. « Wisconsin publications in the history of science and medicine », no. 7. Madison : University of Wisconsin Press, 261 p.
- Apple, Rima D. 2006. *Perfect Motherhood: Science and Childrearing in America*, New Brunswick (N.J) : Rutgers University Press, 209 p.
- Arnup, Katherine, Andrée Lévesque, et Ruth R. Pierson. 1990. *Delivering Motherhood: Maternal Ideologies and Practices in the 19th and 20th Centuries*. London : Routledge, 322 p.
- Baillargeon, Denyse. 2004. *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité 1910-1970*. Montréal : Éditions du Remue-Ménage, 376 p.
- \_\_\_\_\_. 2007. *Naître, vivre, grandir: Sainte-Justine, 1907-2007*. Montréal : Boréal, 383 p.
- Bates, Barbara. 1992. *Bargaining for Life: A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 435 p.
- Bates, Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau (dir. publ.). 2005. *Sans frontières : quatre siècles de soins infirmiers canadiens*. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 248 p.
- Castonguay, Stéphane et Michèle Dagenais (dir. publ.). 2011. *Metropolitan Natures : Environmental Histories of Montreal*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press, 321 p.
- Cohen, Yolande. 2011. *Femmes philanthropes : catholiques, protestantes et juives dans les organisations caritatives au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 253 p.
- Copp, Terry. 1974. *The Anatomy of Poverty: The Condition of the Working Class in Montreal 1897-1929*. Toronto : McClelland and Stewart, 192 p.

- Côté, Louise. 2000. *En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle*. Coll. «Intercultures», Québec : Les Presses de l'Université Laval, 318 p.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer, et Othmar Keel. 1998. *La santé publique au Québec: histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 187 p.
- Feldberg, Georgina D. 1995. *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*. Coll. «Health and medicine in American society», New Brunswick (N.J.) : Rutgers University Press, 274 p.
- Gagan, David et Rosemary R. Gagan. 2002. *For Patients of Moderate Means: A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*. Montréal : McGill-Queen's University Press, 268 p.
- Gagnon, Robert. 1996. *Histoire de la Commission des écoles catholiques de Montréal : le développement d'un réseau d'écoles publiques en milieu urbain*. Montréal : Boréal, 400 p.
- Gaumer, Benoît, Georges Desrosiers et Othmar Keel. 2002. *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal 1865-1975*. Ste-Foy : Presses de l'Université Laval, 277 p.
- Goulet, Denis, François Hudon, et Othmar Keel. 1993. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*. Coll. « Études québécoises », 32e., Montréal : VLB, 452 p.
- Guérard, François. 1996. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal : Boréal, 123 p.
- Joyal, Renée. 1999. *Les enfants, la société et l'État au Québec, 1608-1989 : jalons*. Montréal : HMH, 319 p.
- Keating, Peter et Othmar Keel (dir. publ.), *Santé et société au Québec: XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*. Montréal : Boréal, 272 p.
- Ladd-Taylor, Molly. 1994. *Mother-Work: Women, Child Welfare, and the State, 1890-1930*. Champaign : University of Illinois Press, 224 p.
- Lévesque, Andrée, et David A. E. Shephard. 1982. *Norman Bethune: His Times and His Legacy*. Ottawa : Canadian Public Health Association/Association canadienne d'hygiène publique, 253 p.
- Linteau, Paul-André, René Durocher, and Jean-Claude Robert. 1989. *Histoire du Québec contemporain : De la Confédération à la crise (1879-1929), tome I*, nouv. éd., Montréal : Boréal, 657 p.
- Linteau, Paul-André. 2007. *Brève histoire de Montréal*, nouv. éd., Montréal : Boréal, 187 p.
- Lux, Maureen K. 2001. *Medicine That Walks: Disease, Medicine, and Canadian Plains Native People, 1880-1940*. Toronto : University of Toronto Press, 300 p.

- Mccuaig, Katherine. 1999. *The Weariness, the Fever, and the Fret: The Campaign against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*. Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press, 384 p.
- Ott, Katherine. 1996. *Fevered Lives: Tuberculosis in American Culture since 1870*. Cambridge (Mass.) : Harvard University Press, 242 p.
- Rothman, Sheila M. 1994. *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*. New York : BasicBooks, 319 p.
- Terry, Neville. 1994. *The Royal Vic: The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894-1994*. Montréal : McGill-Queen's University Press, 276 p.
- The Institute. *Baron De Hirsch Institute, 1863-1963*. 1963. Montréal : The Institute, 1963, 48 p.
- Tomes, Nancy. 1998. *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*. Cambridge (Mass.) : Harvard University Press, 351 p.
- Tulchinsky, Gerald J. J. 2008. *Canada's Jews: A People's Journey*. Toronto : University of Toronto Press, 630 p.
- Wall, Sharon. 2009. *The Nurture of Nature: Childhood, Antimodernism, and Ontario Summer Camps, 1920-1955*. Vancouver : UBC Press, 392 p.

## 2.2. Articles et chapitres de livres

- Adams, Annmarie et Peter Gossage. 2008. « Sick Children and the Thresholds of Domesticity: The Dawson-Harrington Families at Home ». In *Designing Modern Childhoods: History, Space, and the Material Culture of Children*, sous la dir. de Marta Gutman et Ning de Coninck-Smith, p.61-81. Nouveau-Brunswick (N.J.) : Rutgers University Press.
- Adams, Annmarie, Kevin Schwartzman et David Theodore. 2008. « Collapse and Expand: Architecture and Tuberculosis Therapy in Montreal, 1909, 1933, 1954 ». *Technology and Culture*, vol. 49, no 4 (octobre), p. 908- 943.
- Apple, Rima D. 1995. « Constructing Mothers : Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries ». *Social History of Medicine*, vol. 8, no 2 (août), p. 161-178.
- Bakker, Nelleke. 2010. « Fresh air and good food: children and the anti-tuberculosis campaign in the Netherlands c.1900-1940 ». *History of Education*, vol. 39, no 3 (mai), p. 343-361.
- Baillargeon, Denyse. 1996. « Fréquenter les Gouttes de Lait : l'expérience des mères montréalaises, 1910-1965 ». *Revue d'histoire de L'Amérique française*, vol. 50, no 2 (septembre), p. 29-68.

- \_\_\_\_\_. 1996. « Les rapports médecins-infirmières et l'implication de la Métropolitaine dans la lutte contre la mortalité infantile, 1909-53 ». *The Canadian Historical Review*, vol. 77, no 1, p. 33.
- Châtelet, Anne-Marie. 2008. « A Breath of Fresh Air : Open-Air Schools in Europe », In *Designing Modern Childhoods: History, Space, and the Material Culture of Children*, sous la direction de Marta Gutman et Ning de Coninck-Smith, p.107-113. Nouveau-Brunswick (N.J.) : Rutgers University Press.
- Cohen, Yolande. 2008. « De la nutrition des pauvres malades: l'histoire du Montreal Diet Dispensary de 1910 à 1940 ». *Histoire Sociale*, vol. 41, no 8, p. 133-163.
- Cohen, Yolande et Michèle Gélinas. 1989. « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique ». *Histoire Sociale*, vol. 22, no 44 (novembre), p. 219-246.
- Craddock, Susan. 2001. « Engendered/endangered: women, tuberculosis, and the project of citizenship ». *Journal of Historical Geography*, vol. 27, no 3 (juillet), p. 338-355.
- Daigle, Johanne et Nicole Rousseau. 1998. « Le service médical aux colons : gestation et implantation d'un service infirmier au Québec (1932-1943) ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 52, no 1 (septembre), p. 47-72.
- Desrosiers, Georges et Benoît Gaumer. 2006. « Les début de l'éducation sanitaire au Québec : 1880-1901 ». *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 23, no 1, p. 183-207.
- Fahrni, Magda. 2004. « "Elles sont partout..." : les femmes et la ville en temps d'épidémie, Montréal, 1918-1920 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 58, no 1, p. 67-85.
- Lévesque, Andrée. 1984. « Mères ou malades : les Québécoise de l'entre-deux-guerres vues par les médecins ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 38, no 1 (juin), p. 23-37.
- Malissard, Pierrick. 1998. « La longue controverse de la vaccination antituberculeuse au Canada : le bacille Calmette-Guérin (BCG), 1925-1975 ». *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 15, p. 87-128.
- Meckel, Richard A. 1995. « Combating Tuberculosis in Schoolchildren: Providence's Open-air Schools ». *Rhode Island History*, vol. 53, no 3 (août), p. 90-100.
- Minnett, Valerie. 2006. « Disease and Domesticity on Display: The Montreal Tuberculosis Exhibition, 1908 ». *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 23, no 2, p. 381-400.

- Minnett, Valerie et Mary Anne Poutanen. 2007. « Swatting Flies for Health: Children and Tuberculosis in Early Twentieth-Century Montreal ». *Urban History Review*, vol. 36, no 1 (automne), p. 32-44.
- Mokyr, Joel. 2000. « Why 'More Work for Mother?' Knowledge and Household Behavior, 1870-1945 ». *Journal of Economic History*, vol. 60, no 1 (mars), p. 1-41.
- Poutanen, Mary Anne. 2006. « Containing and Preventing Contagious Disease: Montreal's Protestant School Board and Tuberculosis, 1900-1947 ». *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 23, no 2, p. 401-428.
- Poutanen, Mary Anne, Sherry Olson, Raphael Fishler et Kevin Swartzman. 2009. « Tuberculosis in Town: Mobility of Patients in Montreal, 1925-1950 ». *Histoire sociale/Social history*, vol. 42, no 83, (mai), p. 69-106.
- Robbins, Jessica M. 1997. « Class Struggles in the Tubercular World: Nurses, Patients, and Physicians, 1903-1915 ». *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 71, no 3 (Automne), p. 412-434.
- Tétreault, Martin. 1983. « Les maladies de la misère : aspects de la santé publique à Montréal, 1880-1914 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 36, no 4 (mars), p. 507-526.

### 2.3. Thèses et mémoires

- Bienvenue, Louise. 1994. « Le rôle du Victorian Order of Nurses dans la croisade hygiéniste montréalaise (1897-1925) ». Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, Université du Québec à Montréal, 162 p.
- Bissett, Mary Elizabeth et Richard Zeilinger. 1967. « Survival Through Change, An Historical Study of the Baron de Hirsch Institute of Montreal, 1863-1963 ». Mémoire de maîtrise (travail social), Montréal, Université McGill, 60 p.
- Lajoie, Yves. 2003. « Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose (1911-1945) ». Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, Université de Montréal, 130 p.
- O'donnell, Lorraine. 1989. « A 'Dread Disease': The 1937 Polio Epidemic in Toronto ». Mémoire de maîtrise (histoire), Toronto, York University, 81 p.
- Pierre-Deschênes, Claudine. 1980. « La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste ». Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, Université du Québec à Montréal, 220 p.



Poirier, Valérie. 2001. « "Secourons nos enfants malades": réponses à l'épidémie de poliomyélite à Montréal en 1946 ». Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, Université du Québec à Montréal, 156 p.

Soucy, Isabelle. 1999. « La famille juive à Montréal au tournant du XX<sup>e</sup> ». Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, Université du Québec à Montréal, 135 p.

### 3. Sites internet

Sœurs de la Providence. 2009. « Fondation des Filles de la Charité Servantes des pauvres ». In *Sœurs de la Providence, Engagées dans le monde aujourd'hui*. En ligne.  
<[http://www.providenceintl.org/fr/histoire\\_historique\\_1845.php](http://www.providenceintl.org/fr/histoire_historique_1845.php)>. Consulté le 15 avril 2011.

« Tales from the Archives, Treatments for Tuberculosis - The Edinburgh Scheme ». 2011. In *Lothian Health Services Archive*. En ligne.  
<<http://www.lhsa.lib.ed.ac.uk/exhibits/tales/tuberculosis.html>>. Consulté le 13 avril 2011.